Rok XXVI. Kraków, 26 Listopada 1887. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Obustronne ostre zapalenie gruczołu łzowego.

(*Dacryoadenitis acuta bilateralis*).

Podał Dr. Marcisiewicz,

asystent téjże kliniki.

Jeśli w ogóle zmiany chorobowe gruczołu łzowego słusznie zaliczane bywają do najrzadszych cierpień części dodatkowych narządu wzrokowego, to w szczególności możemy to powiedzieć o zapaleniu tego gruczołu. Zapatrywanie to podzielają niemal wszyscy znakomitsi tegocześni klinicyści, z wyjątkiem chyba Knappa i Kippa, z dawniejszych J. A. Schmidta, którzy nierzadko z cierpieniem powyższém spotykać się mieli. I tak jeszcze w r. 1856 Arlt w dziele swojém: *Die Krankheiten des Auges* nie waha się przyznać, iż w mowie będącego cierpienia dotąd nie spostrzegał, Michel zaś rozpoczyna odnośny rozdział w dziele: *Lehrbuch der Augenheilkunde*, 1884 od słów: *die Entzündung der Tränendrüse ist als eine seltene Erkrankung zu bezeichnen* itd. Podobnie wyrażają się i inni autorowie. Przejrzawszy odnośną literaturę z ostatnich lat 20 i napotkawszy zaledwie 17 dokładniéj opisanych przypadków ostrego zapalenia gruczołu łzowego, powziąłem mimowoli podejrzenie, iż twierdzenie Knappa i Kippa jedynie chyba na pomyłce, łatwo tutaj wydarzyć się mogącéj, polegać musi w obec rzadkości tego cierpienia. Sądzę więc, że usprawiedliwioną będzie wiadomość o przypadku, który świeżo miałem sposobność spostrzegać w klinice okulistycznéj prof. Rydla, a to tém bardziéj, iż rozpoznanie pewne nie napotykało na żadne trudności, sam zaś przypadek różni się poniekąd od dotąd opisanych.

Dnia 12 października b. r. zgłosił się do naszego zakładu Andrzéj J., lat 23 liczący, wyrobnik z Krakowa, w celu zasięgnięcia porady lekarskiéj. Chory podaje, że przed dwoma tygodniami przebył dysenteryję, obecna zaś choroba ócz, dotąd zupełnie zdrowych, trwa od dni czterech; naprzód uczuł on ból lekki w okolicy zewnętrznego kącika szpary powiekowéj prawéj, przyczém zauważył szybko wzmagające się opuchnięcie górnéj powieki i niemożność podnoszenia téjże; na drugi dzień wystąpiły te same objawy na powiece górnéj oka lewego. Przyczyny żadnéj podać nie umie, uraz stanowczo wyklucza.

Stan obecny:

Prawe oko: Powieka górna silnie surowiczo obrzękła, wypukła się w kształcie poziomego wału ku przodowi, szczególnie w zewnętrznéj swéj połowie. Skóra na niéj zaczerwieniona i napięta. Wewnętrzna połowa powieki przy dotykaniu palcem miękka, ciastowata i niebolesna; w zewnętrznéj natomiast czujemy pod miękkim surowiczym obrzękiem powieki w głębi guz twardy o powierzchni wyraźnie ziarnikowatéj i przy dotykaniu silnie bolesny. Dolna jego granica lekko kulista i ostro od otoczenia odgraniczyć się dająca, sięga na szerokość 13 milimetrów poniżéj górnego kostnego brzegu oczodołu; zewnętrzna dochodzi aż do kącika zewnętrznego szpary powiekowéj; ku górze natomiast grubiejąc coraz bardziéj gubi się guz po pod zewnętrzną częścią górnego kostnego brzegu oczodołu nie dając się w tym kierunku należycie odgraniczyć. Postać całego guza poziomo owalna. Po odwinięciu powieki górnéj, obwisłéj z powodu obrzęku, znajdujemy zewnętrzną połowę górnego załamka spojówki wygładzoną, a po przez zaczerwienioną i w tém miejscu miernie zgrubiałą spojówkę daje się wymacać palcem ciało o tych samych własnościach, które wyżéj podałem. Spojówka powiekowa w całości, gałkowa tylko w zewnętrznéj swéj połowie silnie zaczerwieniona i obrzmiała; mierna wydzielina śluzowa, wydzielanie łez widocznie nie zmienione. Gałka oczna w pojedynczych swych częściach prawidłowa; jéj ułożenie w oczodole jakoteż ruchy zupełnie prawidłowe.

Lewe oko okazuje ten sam obraz chorobowy co prawe z tą tylko różnicą, że obrzmienie powieki górnéj, jakoteż guz wymacać się dający mają nieco mniejsze rozmiary, niż na oku prawém. Ogólne odżywienie chorego pozostawia dużo

do życzenia, błona śluzowa ust blada, skóra barwy ziemistéj, tkanka podskórna wiotka, w ogóle ślady niedawno przebytéj ciężkiéj choroby. W obec tego obrazu chorobowego rozpoznanie ostrego zapalenia dolnéj części obu gruczołów łzowych nie ulegało żadnéj wątpliwości. Choremu przyjętemu do kliniki stałéj stosowano okłady lodowe, wcierano co 3 godziny szaruchę w skronie, podano lekki środek przeczyszczający i pokarmy posilne. Już następnego dnia skóra na powiece górnéj prawéj zaczęła się marszczyć, a więc obrzmienie widocznie zmniejszać, podczas gdy na lewém oku obrzmienie powieki i wielkość guza w głębi wzmogły się do tego stopnia jak poprzednio na oku prawém Następnego dnia nastąpił widoczny zwrot ku lepszemu po obu stronach, obrzmienie bowiem powiek jakoteż wielkość i bolesność guza zmniejszały się odtąd z dniem każdym, tak iż 17 b. m., a więc 6go dnia pobytu w klinice, ustąpiły zupełnie. Przy wyjściu chorego z kliniki była powieka górna zupełnie prawidłowa, w głębi zaś téjże nie można było wymacać ani śladu poprzedniego guza. Chory opuścił zakład dnia 18 paźdz. b. r.

Przeglądając opisy poszczególnych przypadków ostrego zapalenia gruczołu łzowego, w każdym spotykamy się z obrzmieniem surowiczém powieki górnéj, zajmującém przeważnie zewnętrzną jéj połowę. Objaw ten, rzec można najstalszy ze wszystkich, nie ma większego znaczenia rozpoznawczego, towarzysząc bowiem także częstym w téj okolicy zapaleniom okostny lub tkanki tłuszczowéj stać się może owszem tém łatwiéj powodem pomyłek w rozpoznaniu, iż obrzmienie powieki utrudnia wybadanie części głębiéj leżących.

Niezaprzeczenie najważniejszym objawem jest wykazanie obrzęku gruczołu. Gruczoł łzowy składa się, jak wiadomo, z dwóch dosyć ściśle od siebie odgraniczonych części, z *portio major v. superior*, leżącéj w *fossa lacrym.* w zwykłych warunkach dla badania nieprzystępnej i z *portio minor v. inferior*, leżącéj ponad zewnętrzną połową górnego załamka, bezpośrednio przy zewnętrznym kąciku szpary powiekowéj. *A priori* sądzić należy, iż powiększenie objętości górnéj połowy sprowadzi w następstwie zmianę w położeniu gałki ocznéj w oczodole, t. j. lekkie wysadzenie téjże ku przodowi z równoczesném obniżeniem ku dołowi i wewnątrz, przyczém ruchy gałki ku zewnątrz i ku górze w wyższym lub niższym stopniu upośledzone zostaną. W razie obrzmienia dolnéj połowy gruczołu staje się natomiast koniecznem wykazanie za pomocą dotyku guza o pewnych właściwych cechach i usadowieniu. Rzecz prosta, że w razie zapalenia obu części gruczołu znajdziemy tak objawy właściwe zapaleniu górnéj części gruczołu, jakoteż guz odpowiadający obrzękowi dolnéj jego części.

Z przystępnych mi z literatury 17 przypadków wraz z dołączeniem mojego, znalazłem w 4, t. j. 22·2%, (Gałęzowski [1]), Adler [2]), Pooley [3]) i mój) wyraźną wzmiankę o guzie wymacać się dającym pod górną powieką w okolicy zewnętrznego kąta szpary powiekowéj, mającym powierzchnię gładką, zrazikowatą, od dołu ostro odgraniczonym, konsystencyi twardéj i silnie bolesnym, zaledwie zaś w dwóch dyslokacyję gałki ocznéj wraz z utrudnieniem ruchów w podanym kierunku (Brière [4]), Adler [2])). Zdaje się więc, iż powyższych objawów, ułatwiających znacznie rozpoznanie, często w przebiegu téj choroby niedostaje, skoro w 13 przypadkach nie ma o nich wzmianki. U dwóch autorów znajdujemy wzmiankę o nieprawidłowém zachowaniu się wydzielania łez. Mianowicie w powyżéj podanym przypadku Brièra, w którym przyszło do ropienia, wydzielanie łez po stronie choréj było znacznie zmniejszone; po wyleczeniu objaw ten ustąpił tylko w części, wydzielanie bowiem łez stale pozostało nieco upośledzoném. Gayat [1]) również zwraca uwagę na zupełny brak łez w swoim przypadku, przyczém w odpowiedniéj połowie nosa miał chory uczucie niezwykléj suchości; dolegliwości te jednak, pomimo że i tutaj do ropienia przyszło, ustąpiły z czasem zupełnie. W naszym przypadku nie zauważyliśmy żadnego zboczenia w prawidłowém wydzielaniu łez w ciągu całego trwania choroby, zdaje się więc, że objaw ten jest względnie rzadkim i zależnym przeważnie od stopnia, w jakim zapalenie gruczołu w danym przypadku występuje.

Przebieg ostrego zapalenia gruczołu łzowego bywa zazwyczaj łagodny; w jednym tylko przypadku (Pooley) wystąpiła silna gorączka z mocnym zapadem sił. Objawy zapalne po krótszém lub dłuższém trwaniu ustępują bez śladu, w niektórych jednak razach przychodzi do ropienia, ropa przebiwszy skórę lub też spojówkę sprowadza czasem uporczywą przetokę, z któréj otworku ciecz łzowa wypływa.

Czas trwania choroby bywa bardzo różny. W naszym przypadku wynosił on 10 dni, w przypadku Gayata 14 dni, Adlera 6 tygodni. Gałęzowski, który spostrzegał większą liczbę podobnych przypadków, podaje trwanie na 3—6 tygodni. Dwa razy, a więc w 11%, wystąpiło ropienie gruczołu (Brière, Gayat). Zgadza się to ze spostrzeżeniami innych autorów. Michel w powyżéj przytoczoném dziele wyraża się w téj mierze w następujący sposób: „*der häufigste Ausgang ist die Vertheilung, sehr selten findet eitriger Durchbruch nach der Bindehaut oder der Lidhaut zu statt*“. Cierpienie to nie oszczędza żadnego wieku; najmłodsi chorzy byli dwaj siedmioletni chłopcy, najstarszą była 77-letnia kobieta; jak wiek tak również płeć nie ma żadnego wpływu. Mniéj lub więcéj połowa przypada na mężczyzn, połowa na kobiety. Przyczyny powyższego cierpienia są dotąd zupełnie niejasne. Gałęzowski [2]) zwraca uwagę na występowanie tegoż czasem prawie w postaci epidemicznéj, Pooley [3]) zaś przypuszcza w swoim przypadku powstanie skutkiem *sepsis*. U 24-letniéj dziewczyny cierpiącéj na jaglicę wystąpiło zapalenie dyfterytyczne spojówki lewego oka, które w następstwie zniszczenie rogówki sprowadziło. Gdy już choroba dosięgła okresu śluzotoku, wystąpiły nagle wszystkie objawy ostrego zapalenia gruczołu łzowego po stronie prawéj. P. sądzi więc, że dyfteryja lewego oka wywołała septyczne zapalenie gruczołu oka prawego. Szkoda tylko, iż autor nie podaje dalszego przebiegu choroby i ostatecznego jéj zakończenia. Na 18 przypadków przypada 10, w których albo stan ogólny chorych był zupełnie zadowalającym, albo też nie ma żadnéj w téj mierze uwagi. Z pozostałych 8 (44·4%) było 2 z równoczesném zapaleniem *parotis* (Mumps), 1 wśród odry, 2 wśród przebiegu kiły, 1 wśród *Coniunctiv. diphtheritica*, w naszym zaś przypadku wkrótce po przebytéj dysenteryi. Raz podano za przyczynę przeziębienie. W siedmiu więc przypadkach wystąpiło cierpienie podczas lub po innych chorobach, których powstanie przypisujemy obecnie dostaniu się do ustroju chorobotwórczych mikrobów. Zdaje

[1]) *Recueil d'Ophthalm*, 1873. — [2]) *III Bericht*. Wiedeń, 1876. — [3]) *Sitzungsbericht der amerik.-ophthalm. Gesellschaft*, 1884. — [4]) *Annal. d'Ocul.*, 1874.

[1]) *Annal. d'Ocul.*, 1874. — [2]) *Recueil d'Ophth.*, 1881. [3]) jak powyżéj.

mi się więc usprawiedliwionėm przypuszczenie, że jeśli nie wszystkie, to przynajmniéj znaczna część ostrych zapaleń gruczołu łzowego tym samym czynnikom powstanie swoje zawdzięcza. Oneto dostając się z krwią do tkanki gruczołowéj wywołują zapalenie reakcyjne. Znanym jest przecież w ogóle fakt, że w przebiegu np. tyfusu lub ospy zapalenia rozmaitych gruczołów nie należą do rzadkości. Dla czegóżby więc gruczoł łzowy stanowić miał wyjątek w téj mierze. Opisany przeze mnie przypadek, w którym po przebytéj dysenteryi, bez żadnéj znanéj dotąd przyczyny, wystąpiło obustronne zapalenie, zdaje się powyższe zapatrywanie potwierdzać, a to tém bardziéj, że jego obustronność wszelkie szkodliwości miejscowe stanowczo wyklucza. W dostępnéj mi literaturze nie znalazłem ani jednego przypadku, w którymby zapalenie obustronnie wystąpiło; nasz więc chory stanowi pod tym względem jedyne spostrzeżenie.

Pozostaje mi wreszcie odpowiedzieć na pytanie, czy zapalenie zawsze na cały gruczoł rozszerzać się zwykło, lub też czy tylko w jednéj połowie tegoż wystąpić może. Zale dwie sześć przypadków w téj mierze wyzyskać mogę, w pozostałych bowiem opis jest zbyt niedokładny, iżby jakieś wnioski pod tym względem wysnuwać można. W przypadku opisanym przez Gałęzowskiego, Pooleya i moim jedynym objawem było obrzmienie powieki górnéj i guz wymacalny, w zewnętrznéj połowie téjże usadowiony; innych objawów właściwych zapaleniu górnéj połowy gruczołu zupełnie nie było. Dla tego sądzę, że zapaleniem zajętą była tylko część dolna gruczołu łzowego. Natomiast w przypadkach Brièrea, Gayeta i Adlera wszystkie objawy przemawiają za zajęciem równoczesném obu połów gruczołu, obok bowiem charakterystycznego guza pod górną powieką (Adler), gałka oczna miała zmienione położenie w oczodole a wydzielanie łez było zredukowane do *minimum*.

Zapalenie więc ostre gruczołu łzowego może zajmować już to cały gruczoł, już też jednę z jego części, w ostatnim jednak razie zdaje się występować wyłącznie w połowie dolnéj. Znajduje to swoje usprawiedliwienie w wzajemnym stosunku anatomicznym obu części do siebie; kanaliki bowiem odprowadzające łzy z górnéj połowy biegnąc do swego ujścia w górnym załamku przechodzą obok części dolnéj tegoż gruczołu i łączą się z kanalikami od téjże części odchodzącemi. Wszystkie więc produkty zapalne lub pierwiastki chorobotwórcze, znajdujące się w górnéj części z łatwością ze łzami w dolną przeniesione być mogą; odwrotny natomiast kierunek wydaje się być znacznie trudniejszym.

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Kosińskiego w Warszawie.

Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.

(Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 27 września 1887 roku).

Podał

Karol Zagórski,
asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47.

Z tego krótkiego historycznego rysu widzimy, że wszystkie operacyje, jakie na drogach żółciowych kiedykolwiek wykonano, dają się zredukować do następujących typów: Iszy przekłócie pęcherzyka żółciowego trójgrańcem; IIgi przecięcie pęcherzyka żółciowego zrośniętego ze skórą; IIIci rozcięcie pęcherzyka żółciowego po poprzedniém przytwierdzeniu go do ściany brzusznéj (cholecystotomija); IVty Wycięcie pęcherzyka żółciowego (cholecystektomija) i Vty utworzenie przetoki pęcherzyko-kiszkowéj (cholecystenterostomija). Każdemu z tych rękoczynów z kolei parę słów poświęcić musimy.

I. Przekłócie pęcherzyka żółciowego (*punctio vesicae felleae*), dziś prawie całkowicie porzucone, jest operacyją zawsze ślepą, niebezpieczną, a mogącą sprowadzić wyleczenie li tylko w przypadkach wodnéj puchliny pęcherzyka, zależnéj od nieżytowego zatkania pęcherzykowego przewodu bez obecności kamieni. W tych wyjątkowo rzadkich okolicznościach można istotnie za jéj pomocą osiągnąć wyleczenie, jak o tém świadczy przypadek Erdmana [1]), w którym wypuszczono blisko 80 funtów (!) płynnéj żółci i chora po jednorazowéj punkcyi wyzdrowiała.

II. Przecięcie pęcherzyka zrośniętego ze skórą jest zazwyczaj operacyją bardzo prostą, równającą się przecięciu zwyczajnego ropnia, czasem jednak istniejące przytém przetoki bardzo ją wikłają i utrudniają, tém bardziéj, że są one zwyczajnie zależne od uwięźniętych kamieni żółciowych, których wydobycie połączone bywa niekiedy ze znacznemi trudnościami. Celem rozszerzenia tych przetok ze względu na bardzo kapryśny ich przebieg, rzadko jesteśmy w możności użyć noża i musimy uciekać się do stosowania laminaryi, gąbek prasowanych, rozszerzadeł tępych i t. p. Jak dalece winniśmy być ostrożni przy tego rodzaju manipulacyjach, poucza nas przypadek Roberta [2]), który przez wprowadzenie szczypczyków hemostatycznych wywołał ogólne zapalenie otrzewny, a także przypadek Rosenbacha [3]), który również szczypczykami wniknął do jamy otrzewnéj, ale szczęśliwszy od Roberta, przez rychło zastósowaną pomoc rozwinięcia się zapalenia otrzewny nie dopuścił.

III. Cholecystotomija, ze wszystkich operacyj na drogach żółciowych wykonywana dziś bywa najczęściéj, to téż znane są różne jéj modyfikacyje i poprawki. Wykonywając ją cięcie w powłokach brzusznych prowadzą bardzo rozmaicie. Tak Brown, Witzel prowadzą je w linii środkowéj, celem uniknięcia zranienia większych gałązek tętniczych, Tait, Hofmokl mówią ogólnikowo o cięciu w kierunku najdłuższéj osi guza, Boeckel stósuje cięcie równoległe do brzegu żeber, Dennce i Roth nakoniec są zwolennikami cięcia po zewnętrznym brzegu prawego mięśnia prostego brzucha, powyżéj pępka równolegle do linii środkowéj. To ostatnie zdaje się być najdogodniejszém, bo pęcherzyk i przewody żółciowe najdokładniéj zbadać pozwala. Długość cięcia bywa rozmaita, od 8—12 cm. Dennce radzi zrobić naprzód małe cięcie eksploracyjne 4—5 cm. długie, a po zbadaniu dokładném stanu rzeczy, skoro się okaże potrzeba zrobienia operacyi, przedłużyć je na tyle, ile się tego okaże potrzeba. Rada ta jednak nie zdaje się ściśle odpowiadać potrzebie, bo dla należytego zbadania części tak głęboko położonych, jak przewody żółciowe, nie tylko mały otwór w ścianie brzusznéj nie wystarcza, ale przeciwnie, przy swobodnym nawet względnie dostępie nieraz zoryjentować się bywa trudno. Po przecięciu ściany brzusznéj chirurg stara się dokładniéj zbadać sam guz i przekonać się o jego zawartości, co niekiedy ze względu na ścieńczenie ścian pęcherzyka okiem

---

[1]) *Erdman. Ein Fall von colossalem Hydrops vesicae felleae. Virchows Archiv* T. 43, p. 289. — [2]) *Dennce* l. c. p. 106. — [3]) *Th. Roth. Zur Chirurgie der Gallenwege. Arch. f. klinische Chirurgie, herausgegeben von B. v. Langenbeck, Bd.* 32, I. p. 87—155.

już ocenić się daje. Dla łatwiejszego zoryjentowania się w stosunkach z otaczającemi częściami i swobodniejszego dostępu Hofmokl i Witzel radzą częściowo opróżnić pęcherzyk przez przekłócie go cienką igłą Potaina, poczém na pozostały w pęcherzyku otworek zakłada się odpowiedniego kształtu szczypczyki, aby dostania się zawartości pęcherzyka do jamy brzusznéj nie dopuścić. Stwierdziwszy ostatecznie rozpoznanie i zdecydowawszy się na zrobienie cholecystotomii, pozostaje chirurgowi wybór metody, któréj przy wykonaniu rękoczynu trzymać się będzie. Wspomnieliśmy już, że Thudicum radzi robić operacyję *en deux temps*, a Marion Sims wykonywa ją od razu. Ostatni sposób jest dziś ogólnie przyjęty W nowszych czasach cholecystotomiję *en deux temps* wykonano wszystkiego 4 razy, a mianowicie: Blodgett, Kocher, König i Trendelenburg. Kocher przytém odkrywszy pęcherzyk, rozsunął brzegi rany i wytamponowawszy ją gazą antyseptyczną nałożył opaskę, którą pozostawił do 8go dnia, poczém dopiero przyrośnięty pęcherzyk żółciowy otworzył; trzej zaś pozostali, idąc za radą Thudicuma, celem wywołania zrostów przyszywali na pierwszém posiedzeniu pęcherzyk do brzegów rany w ścianie brzusznéj. Przy wykonywaniu cholecystotomii sposobem Simsa, t. j. na jedném posiedzeniu, odrazu, niektórzy chirurgowie, jak Sims, Keen, Tait rozcinają i opróżniają naprzód z zawartości pęcherzyk żółciowy, a potém dopiero przyszywają go do rany brzusznéj. Przy takiém postępowaniu przyszycie pęcherzyka staje się daleko łatwiejszém, ale sposób ten więcéj za to naraża na dostanie się zawartości pęcherzyka do jamy brzusznéj, to téż ostrożniéj będzie postąpić odwrotnie, t. j. naprzód przyszyć pęcherzyk do brzegów rany w ścianie brzusznéj, a potém dopiero przytwierdzony już pęcherz otworzyć. Przyszywając pęcherzyk należy się starać nie ujmować w szew wszystkich jego warstw, jeśli bowiem przejdziemy igłą i przez błonę śluzową, to zawartość pęcherzyka sączyć się może do jamy otrzewnéj. Igła do szycia użyta powinna być cienka, mocno zagięta i na przecięciu okrągła. Katgut, jako zbyt szybko wchłanianiu ulegający, do szycia nie powinien być używany. Po opróżnieniu pęcherzyka z zawartości płynnéj należy się przekonać, czy nie zawiera on kamieni, które często w szyjce lub przewodzie pęcherzyka uwięźnięte bywają, a wówczas przy wydobyciu ich poważne nieraz napotyka się trudności. Większe kamienie kruszyć należy mocnemi szczypcami lub litotrybem; odłamki po skruszeniu pozostałe wydobywa się bądź za pomocą hemostatycznych kleszczyków, bądź przez przemywanie wnętrza pęcherzyka strumieniem słabego przeciwgnilnego roztworu (kwasu borowego).

Najujemniejszą stroną cholecystotomii jest ta okoliczność, że pozostawia ona po sobie przetokę niekiedy bardzo uporczywą. Przy leczeniu przetok stósujemy w miarę potrzeby przyżegania, wstrzykiwanie drażniących płynów lub autoplastykę. Samo przez się wynika, że o zagojenie przetoki wówczas tylko kusić się nam wolno, gdy drożność wspólnego żółciowego przewodu żadnéj nie ulega wątpliwości. Dodać tu jeszcze musimy, że Spencer Wells podał teoretycznie jeszcze jednę metodę wykonywania cholecystotomii, którą chirurgowie amerykańscy mianem idealnéj (*ideal cholecystotomy)* ochrzcili. Różni się ona od poprzednich tém, że po opróżnieniu pęcherzyka z zawartości i dokładném jego przemyciu, zeszywa się ranę w ścianach pęcherzyka za pomocą szeregu szwów Lemberta i zeszyty pęcherzyk opuszcza się do jamy brzusznéj (*cholécystotomie à suture perdue*). Według téj metody wykonana była cholecystotomija 4 razy, a mianowicie przez Mereditha, Courvoisiera, Langego i Bernaysa. Z tych jeden tylko przypadek Bernaysa zakończył się pomyślnie. Operacyja ta dla tego tak jest ryzykowna, że pęcherzyk żółciowy kurcząc się silnie napiera na szwy, pomiędzy któremi część zawartości jego do jamy brzusznéj przedostać się może. To téż metoda ta ma chyba nieznaczne szanse szerszego rozprzestrzenienia, a nawet sam Spencer Wells w ostatniém wydaniu dzieła swego pomija ją milczeniem [1]).

IV. Wycięcie pęcherzyka żółciowego, cholecystektomija, po raz pierwszy wykonana została przez Langenbucha, który właściwie wskrzesił i przyoblekł w czyn myśl dawno już przedtém wypowiedzianą przez Herlina. Znany z anatomii porównawczéj fakt stałego braku pęcherzyka żółciowego u wielu zwierząt, jak np. u konia, jelenia, słonia, nosorożca, wielbłąda, a co ważniejsza, rzadko się przytrafiający, ale nie mniéj przeto niewątpliwie stwierdzony, wrodzony brak jego u człowieka [2]) upoważniał do przypuszczenia, że narząd ten nie jest człowiekowi konieczny i bez szkody dla ustroju usunięty być może. To téż Langenbuch zważając nadto, że kamienie żółciowe, choć i w saméj wątrobie niekiedy napotykane, najczęściéj jednak tworzą się w pęcherzyku żółciowym, postanowił celem doszczętnego usunięcia tego cierpienia pęcherzyk żółciowy wyłuszczyć, a następnie zachęcony powodzeniem wskazania do téj operacyi rozszerzył, stósując ją również w *hydrops* i *empyema vesicae felleae*, z wyjątkiem tylko tych przypadków, w których przewód żółciowy wspólny nie jest drożny. Operacyję tę wykonywa on jak następuje: Cięcie podłużne ścian brzusznych po zewnętrznym brzegu prawego mięśnia prostego brzucha, nieco powyżéj pępka. Do tego cięcia dodaje się cięcie poprzeczne prostopadłe do pierwszego, tworzące z niém razem kształt litery T. Długość pierwszego cięcia 12—15 cm., drugie w miarę potrzeby większe lub mniejsze. Sprawdzenie drożności przewodu żółciowego wspólnego. Oddzielenie zrostów pęcherzyka z sąsiedniemi częściami. Odpreparowanie przewodu pęcherzykowego i przecięcie go pomiędzy dwiema mocnemi jedwabnemi nawiązkami. Nałożenie dwóch lub trzech szwów katgutowych łączących pokryte otrzewną brzegi przeciętego kanału pęcherzykowego, poniżéj miejsca jego podwiązania. Tualeta otrzewny. Zeszycie ściany brzusznéj. Operacyja Langenbucha wywołała najsprzeczniejsze oceny i gwałtowną polemikę. Najzaciętszym jéj przeciwnikiem okazał się Lawson Tait, który odmawia jéj wszelkiéj racyi bytu, uważając ją za zbyt niebezpieczną w porównaniu do osiągniętych przez nią korzyści. Langenbuch na obronę jéj przywodzi tę okoliczność, że zapobiega stanowczo wytworzeniu się następczéj przetoki, która zawsze stanowi przykre kalectwo, a niekiedy wiedzie nadto za sobą ogólny upadek odżywiania, co zmniejsza znacznie wartość świetnych na pozór wyników cholecystotomii. Langenbuch przytacza między innemi, że zdarzyło mu się już robić wycięcie pęcherzyka żółciowego u osoby, któréj Lawson Tait zrobił już był poprzednio cholecystotomiję, po któréj cała nieomal żółć stale odpływała na zewnątrz przez przetokę. Zresztą jaskrawość różnicy zdań w tym względzie uwydatni się najlepiéj, jeśli przytoczymy, że z jednéj strony niektórzy zwolennicy téj operacyi, jak np.

---

[1]) *Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs abdominales par Sir Spencer Wells. Edition française publiée avec le concours du D. I. Keser Paris* 1886. — [2]) *Roth. loco citato* p. 140.

Thiriar [1]) utrzymują, że cholecystectomija mniéj jest niebezpieczna od zwyczajnéj cholecystotomii, a z drugiéj strony Stauf ogłosił w 1885 r. rozprawę zatytułowaną: „Czy wycięcie pęcherzyka żółciowego podług metody Langenbucha jest rzeczywiście najniebezpieczniejszą ze wszystkich laparotomij?“ [2]) Kwestyja ta w rezultacie pozostaje dotąd ostatecznie nierozstrzygnięta, ile że zbyt mała liczba odnośnych spostrzeżeń do stanowczych wywodów nie upoważnia. W obec tego jednak, że cholecystotomija pozostawia po sobie, jak wiemy, uporczywą przetokę, a cholecystektomija znowu przedstawia czasem w wykonaniu bardzo poważne trudności pod względem oddzielania zrostów pęcherzyka z sąsiedniemi częściami, możeby racyjonalném się okazało uzupełnienie skutków cholecystotomii przez połączenie jéj z proponowaném już dawno przez Campaignaca podwiązaniem przewodu pęcherzykowego. Metoda ta pozwoliłaby uniknąć trudności i niebezpieczeństw operacyjnych, połączonych z wycięciem pęcherzyka, a jednocześnie zapobiegłaby wytworzeniu się przetoki żółciowéj, przyszyty bowiem do ściany brzusznéj pęcherzyk wydzielałby tylko nieznaczne ilości śluzu, a bez dopływu żółci szybko, stopniowo zaniknąćby powinien. Celem wypróbowania téj myśli próbowałem trzy razy przy łaskawéj pomocy kol. Przyborowskiego, Solmana i Szteynera wykonać tę operacyję na psach. Wszystkie trzy doświadczenia dały wynik ujemny, zakończyły się śmiercią zwierzęcia, okoliczność ta jednak przeciw samemu pomysłowi nie świadczy, jeśli zwrócimy uwagę na to, że operacyja ta w warunkach normalnych daleko trudniejsza jest do wykonania, niż tam, gdzie odnośne anatomo-fizyjologiczne zboczenia potrzebę jéj uzasadniają. Idzie tu mianowicie o położenie pęcherzyka żółciowego: u zwierzęcia zdrowego pęcherzyk ten leży bardzo głęboko i ściany ma nadzwyczaj wiotkie, cienkie, a objętość nieznaczną, co i podwiązanie jego przewodu utrudnia, a co ważniejsza, uniemożliwia prawie przyszycie pęcherzyka do ściany brzusznéj, a przynajmniéj czyni ten akt operacyi bardzo żmudnym, tak że po wykonaniu operacyi przyszyty do ściany brzusznéj pęcherzyk wyciągnięty jest jak struna, co sprawia liczne zaburzenia czysto mechanicznéj natury, przyczém każdy gwałtowniejszy ruch zwierzęcia (jak np. w jednym z naszych przypadków wskoczenie zwierzęcia na stół na drugi dzień po operacyi) łatwo stać się może punktem wyjścia traumatyzmów połączonych z rozerwaniem naczyń krwionośnych, krwotokami następczemi do jamy otrzewnéj itd. Tymczasem tam, gdzie mamy do czynienia z pęcherzykiem żółciowym powiększonym, rozciągniętym, przylega on zazwyczaj bezpośrednio do ściany brzusznéj, a przeto zeszycie jego z tą ścianą żadnéj nie przedstawia trudności. Pomysł więc połączenia cholecystotomii z podwiązaniem przewodu pęcherzykowego, o którym Roth [3]) w pięknéj swéj monografii teoretycznie *en passant* wspomina, zasługuje na wypróbowanie przy pierwszéj nadarzającéj się sposobności, teoretycznie bowiem jest ściśle racyjonalny, a w praktyce ani trudności w wykonaniu, ani niebezpieczeństwa w skutkach przedstawiać nie powinien. To też przyznaję, że w naszym przypadku stanowczobym ten pomysł zastósował, gdyby nie niedrożność przewodu żółciowego wspólnego, która tak do wykonania téj operacyi jak i do wycięcia pęcherzyka żółciowego stanowczém jest przeciwwskazaniem. (C. d. n.)

[1]) *Thiriar. De l'intervention chirurgicale dans certains cas de lithiase biliaire. Revue de chirurgie* Nr. 3. 1886 p. 223. — [2]) *Stauf. Ist die Exstirpation der Gallenblase nach Langenbuch in Wirklichkeit die ungefährlichste der Laparotomien. Inaug. Dissertation, Würzburg* 1885. — [3]) Roth l. c. p. 151.

III. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w drogach oddechowych.

Wydobycie szpilki z oskrzela drugorzędnego strony prawej.

Podał

Docent Dr. Pieniążek.

(Dokończenie. Patrz Nr. 47).

Jeżeli się bliżéj zastanowimy nad mechanizmem wpadania ciał obcych do dróg oddechowych, to znajdziemy nanaturalném, że ciało obce, które się raz dostało pod głośnię, jeżeli się o ściany tchawicy nie zatrzyma, lub wykrztuszoném nie zostanie, na dno tchawicy spaść musi. Ztąd pójdzie ono daléj drogą, na któréj najmniéj oporu napotyka, a więc drogą szerszą, skierowaną więcéj ku dołowi, gdyż tam już skutkiem własnego ciężaru opadać musi, a nakoniec drogą, która najbardziéj jednostajny kierunek przedstawia, najmniéj więc łamaną linię stanowi. Dla tego też ciało obce wpadłe do tchawicy łatwiéj z niéj do prawego niż do lewego dostanie się oskrzela, bo i otwór pierwszego jest większy i klin podziałowy bliżéj lewéj niż prawéj ściany tchawicy się znajduje, a wreszcie przebieg oskrzela prawego więcéj jest skierowany ku dołowi niż lewego, a tém samém więcéj do przebiegu tchawicy zbliżony. Mimo to przy nachyleniu ciała ku stronie prawéj odchyla się oskrzele prawe od kierunku przebiegu tchawicy, gdy lewe więcéj się do niego zbliża, a ztąd w tém zwłaszcza położeniu łatwo się ciało obce i do lewego oskrzela dostać może. Wpadłszy w oskrzele prawe napotyka ciało obce niebawem górną jego gałąź, do któréj jednakże nie łatwo dostać się może z powodu, że takowa skośnie ku górze jest skierowana, powtóre, że zwykle odchodzi więcéj od górnéj ściany oskrzela głównego, tak że zazwyczaj oskrzele główne w tém miejscu nie doznaje właściwego podziału, tylko oddaje niejako uboczną, t. j. węższą gałąź, aby daléj w tym samym zwykle kierunku nie o wiele zwężone przebiegać. W tym dalszym przebiegu stanowi ono pień wspólny dla obu dolnych gałęzi, na które się rozpada poniżéj odejścia gałęzi górnéj. Łatwo zrozumieć, że ciało obce, jeżeli mu tylko rozmiary jego dozwolą, do tego wspólnego pnia dostać się musi. Na końcu tegoż spotyka ono znowu podział na gałąź średnią i dolną, z których zazwyczaj ostatnia mniéj się od kierunku pnia wspólnego odchyla. Przebiega ona skośnie ku dołowi w tył, i na zewnątrz, tworzy więc z kierunkiem oskrzela głównego kąt, który jednak zwykle jest bardziéj rozwartym niż kąt, który z tym kierunkiem gałąź średnia tworzy. Nic więc dziwnego, że ciało obce łatwiéj w tę dolną niż średnią gałąź oskrzela dostać się może, tém bardziéj, gdy gałąź ta zwykle szerszą bywa i gdy samo ciążenie ciała obcego temu kierunkowi sprzyja. Być może jednak, że w niektórych, a w każdym razie rzadszych przypadkach, rzecz się ma o tyle odmiennie, że kierunek gałęzi średniéj więcéj kierunkowi oskrzela głównego odpowiada, a gałąź tylna od niego więcéj zbacza. O ile mi się zdaje najłatwiéj miejsce to mieć może tam, gdzie oskrzele główne mniéj nieco ku dołowi jest skierowane. W takim razie mogłoby ciało obce dostać się do średniéj zamiast do dolnéj gałęzi, w każdym jednak razie przypadek taki za rzadszy uważać byśmy musieli.

Po lewéj stronie napotyka ciało obce oskrzele dłuższe, które się dzieli w swoim końcu dopiero na dwie gałęzie. Z tych jedna jest skierowana ku górze i na zewnątrz, gdy

druga, zwykle szersza nieco, podobnie jak po stronie prawéj na zewnątrz, na dół i ku tyłowi przebiega. I tu więc ciało obce łatwiéj do téj ostatniéj niż do poprzedniéj dostać się może. Jeżeli ciało obce dostało się, czy to po stronie prawéj, czy lewéj do dolnego oskrzela drugiego rzędu, wywoływać będzie zmiany następowe w dolnym płacie odpowiedniego płuca, jak to i w naszym przypadku miało miejsce. Dojście ciała obcego aż do tego oskrzela, lub wreszcie posunięcie się daléj aż do oskrzela III rzędu, zależeć będzie tak od wielkości, jak i od kształtu jego. Ciała nierówne lub zbyt długie łatwo się o ściany oskrzeli zatrzymać mogą, ciała zbyt grube najłatwiéj utkną na nowym podziale oskrzeli i albo pozostają na têm miejscu stale, albo też późniéj pod wpływem silnych wdechów, jak np. po kaszlu forsownym znowu daléj się posuną.

Po téj saméj drodze, po któréj weszło ciało obce, możemy także wprowadzić narzędzie, którém je wydobyć mamy; wprowadzenie jednak narzędzia do potrzebnéj głębokości utrudnia konieczna w tym razie długość jego. Aby tę trudność usunąć, nadać musimy instrumentowi naszemu przynajmniéj w przybliżeniu ten kształt, jaki ma droga, po któréj je wprowadzać mamy, t. j. kształt lekko łukowaty. W ten sposób wprowadzamy narzędzie to w prawe oskrzele z tchawicy, kierując wklęsłość łuku ku stronie prawéj, a z prawego oskrzela głównego do dolnego oskrzela drugorzędnego, skierowawszy wklęsłość łuku nieco ku tyłowi, tak jednak, żeby takowa zawsze i ku prawéj stronie skierowaną była. Jeżeli mamy do czynienia z oskrzelem strony lewéj, starać się musimy przedewszystkiém zbliżyć ile można kierunek oskrzela lewego do kierunku tchawicy, co do pewnego stopnia osiągnąć możemy, jeżeli tułów w pasie ku prawéj stronie wygniemy. Podobne wygięcie ciała na stronę lewą ułatwia nam wejście do oskrzela prawego, zwykle jednak i bez tego łatwo do niego dostać się można. W ten sposób wprowadzałem, jak już wspomniano nieraz, szczypczyki krtaniowe do oskrzeli w przebiegu krupu, a nabyte w tych przypadkach doświadczenie zużytkowałem w przypadku obecnie opisanym.

Tak na podstawie tego doświadczenia, jak i teoretycznego rozumowania uważać muszę wprowadzenie narzędzi do oskrzeli w odpowiednich przypadkach nietylko za dozwolone, ale nawet za wskazane. Wszak nieraz chirurg toruje sobie nowe drogi dla dostania się do jam ciała, jak n. p. w celu wyjęcia kamienia pęcherzowego, podejmując operacyję ciężką i niebezpieczną, têm bardziéj więc jest uprawnionym do korzystania w razie potrzeby z dróg, które stoją otworem, jak tchawica i oskrzela, do których przystęp tylko umożliwić sobie potrzebuje za pomocą operacyi, która w zwykłych warunkach ani ciężką, ani niebezpieczną nie jest, t. j. za pomocą tracheotomii. Nieraz już tracheotomiję wykonywano z powodu ciała obcego w tchawicy lub głównych oskrzelach, tak samo więc winniśmy ją wykonywać i tam, gdzie ciało obce głębiéj t. j. do samych oskrzeli drugorzędnych się dostało, skoro jak mój przypadek pokazuje i doświadczenie moje u chorych na krup mnie poucza, do drugorzędnego oskrzela dolnego po obu stronach dostać się możemy. Trudniejszém wprawdzie byłoby dostanie się do innych drugorzędnych oskrzeli, ale też i ciało obce nie tak łatwo do nich, jak do oskrzela dolnego wpaść może; w wyjątkowych zaś razach, gdyby np. ciało obce w oskrzelu średniém II rzędu strony prawéj utkwiło, przypuszczać musimy pewne zboczenie anatomiczne przebiegu oskrzeli, które dostanie się ciała obcego w to miejsce ułatwiło. Toż samo zboczenie jednak prawdopodobnie ułatwićby nam powinno także i wprowadzenie narzędzia naszego po niezwykłéj drodze. Nawet przy wpadnięciu ciał obcych do oskrzela trzeciorzędnego uważałbym próbę wyjęcia takowego za uprawnioną, zwłaszcza gdy ciało to choć na kilka centymetrów jest długie, bardzo bowiem łatwo koniec jego sterczyć może wolno w oskrzelu dolném drugiego rzędu, dokąd jak wyżéj podano odpowiedniém narzędziem dotrzeć możemy. Zwrócić jeszcze winienem uwagę na to, że kąt, pod którym odchodzą oskrzela główne od tchawicy, lub oskrzela drugorzędne dolne od oskrzeli głównych nietylko po obu stronach jest różny, ale nadto u rozmaitych osób po téj saméj stronie nie zawsze jednakowy, dla tego też nie zawsze jednakowe wygięcie narzędzia potrzebie naszéj odpowiada. Jeżeli się jednak używa narzędzi, które jak np. Schrötterowskie naginać się dają, wtedy można je z łatwością do odpowiedniego przypadku zastósować. Kilka prób, z powodu niewłaściwego wygięcia narzędzia bezskutecznie podjętych, przy ostrożném wprowadzeniu tegoż nie może choremu przynieść żadnéj szkody, a pozwala nam wypróbować, przy jakiém wygięciu najdaléj narzędzie wprowadzić możemy. Przytém w razie przeszkody możemy przez lekki nacisk, drogę, w któréj działać mamy, do kształtu narzędzia naszego nieco nakierować, a jeżeli przy têm nie używamy większéj siły, uczynić to bez szkody możemy. W ten sposób wprowadzałem nieraz u dzieci 4—5-letnich w krupie Schrötterowskie szczypczyki lub tępą łyżeczkę na 14—15cm. w głąb, wyjmując nią błony krupowe z dolnych oskrzeli drugiego rzędu po obu stronach i mogłem stwierdzić, że po ich wyjęciu powietrze do dolnych płatów płuc znowu dochodziło, gdy przedtém nad niém żadnego szmeru oddechowego nie można było usłyszeć.

Nadmienić jeszcze winienem o ważności zbadania tchawicy przez ranę tracheotomijną, które w razie utkwienia ciała obcego w tchawicy a często i w prawém oskrzelu dozwoli nam takowego pod kontrolą wzroku narzędziami dosięgnąć, uchroni więc od macania na oślep, które łatwo jak w przypadku Cannera zawieść może. Badanie to zalecam tém więcéj, że nie jest ono trudném przy górnéj tracheotomii i niezmienionych stosunkach anatomicznych szyi. Do samego badania używam zwykle rurek prostych, u dzieci np. skróconych na 6—8cm. rurek Zaufala, za pomocą których badałem cały szereg dzieci tak podczas napadów duszności w krupie (po tracheotomii), jak i po przebyciu krupu. Do operacyi uważałbym za lepszy wziernik dwulistny, przez który swobodniéj narzędziem w tchawicy manipulować można. Jak dalece wziernik tchawiczy przydatnym być może, posłużyć może za przykład 6-letnia moja obecna chora, u któréj przy odpowiedniém wygięciu ciała klin podziałowy prawego oskrzela z łatwością widzieć mogę, u któréj zatém w razie potrzeby nietylko w tchawicy ale i w całém prawém oskrzelu swobodnie pod kontrolą wzroku manipulowaćby można.

IV. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (Hepatitis interstitialis chronica).

Podał

Dr. Andrzéj Obrzut,

Docent anatomii patologicznéj i I. asystent patologiczno-anatomicznego Zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Na podstawie przypadków moich, które zaraz przytoczę, będę się starał usprawiedliwić mój domysł wtenczas wypowiedziany.

1) Liška Franciszek [1]) lat 36, urzędnik, przybył na oddział wewnętrzny tutejszego szpitala dnia 15 października 1883. Chory przebył do 20 roku życia kilka ciężkich chorób, ale od tego czasu był zupełnie zdrów. Dopiero od kilku miesięcy doznawał dolegliwości żołądkowych, wreszcie stracił apetyt zupełnie. Przy chodzeniu pod górę lub po schodach czuł się nawet znużonym i miewał boleści w okolicy żołądka i wątroby. Chory pijał dużo mocnego piwa. Stolec bywał nieregularny. Puchlinę brzuszną zauważył od 5 tygodni. *Status praesens* 15/10 1883. Mężczyzna wysokiego wzrostu, silnéj budowy, dobrego odżywienia. Brzuch znacznie rozszerzony, napięty, chełboczący. Wątroba zwiększona, bolesna. Śledziona także zwiększona. Ciepłota normalna, tętno słabe. W moczu nie ma białka. Puchlina brzuszna zwiększała się coraz więcéj i przystąpił obrzęk odnóg dolnych. 30 listopada punkcyja brzucha, wydobyto około 8 litrów płynu surowiczego, poczém wydzielanie moczu znacznie się zwiększyło (4—5 litrów na dzień) ciężar gatunkowy moczu 1,005, białko; 2 lutego 1884 druga punkcyja. Wśród wzmagającéj się puchliny brzusznéj i ogólnéj nastąpiła śmierć 18 marca 1884.

Wynik sekcyi wykonanéj dnia 19 marca 1884 (prof. Hlava) w skróceniu był następujący: Brzuch znacznie napięty, na odnogach i tułowiu znaczny obrzęk. Skóra blada, sucha, łuszcząca się, na brzuchu liczne otarcia pokryte ropą. Opony mózgowe nieco przekrwione, komórki boczne rozszerzone, tkanka mózgu miękka, obrzękła. Naczynia na podstawie cienkie. Po otwarciu jamy brzusznéj wycieka wielka ilość żółtawego płynu czystego. Przepona na obu stronach pod 6tém żebrem. W workach opłucnowych znaczna ilość wypociny surowiczo-włóknikowéj, osierdzie także pokryte tą wypociną, między workiem sercowym a osierdziem liczne przyczepy częścią łączno-tkankowe, częścią świeże włóknikowe. Serce małe, mięsień jego wiotki, zastawki domykalne. Płuca częściowo przyczepione, miąższ powietrzny, w nim nieliczne drobne ogniska lobularnéj hepatyzacyi. Miąższ u podstawy płuc ugnieciony, bezpowietrzny, wiotki. Śledziona zwiększona (16—10—5 ½ cm.), pochewka jéj zgrubiała, miąższ twardy zbity, brunatno czerwonawy, miazgi mało. Nerki nieco zwiększone, powierzchnia ich gładka, na przekroju barwy ciemno-czerwonéj, zbita. Żołądek rozszerzony, błona śluzowa zgrubiała, barwy różowawéj. Otrzewna jelit zgrubiała, pigmentowana, na kiszce grubéj opuchła. Wątroba ogromnie zwiększona, pochewka znacznie zgrubiała, na przekroju łatwo rozpoznać rozszerzenie tkanki międzyzrazikowéj, powierzchnia organu delikatnie ziarnista. Gruczoły okołobramne obrzmiałe na przekroju blado-szare, żyła główna zstępująca wolna, błona jéj wewnętrzna gładka, cienka, w żyle głównéj wstępującéj bł. wewnętrzna miejscami zgrubiała. Błona śluzowa pęcherza blada, cienka, podobnie błona śluzowa kiszek. Gruczoł przyprątny nieco zwiększony.

Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: *Cirrhosis hepatis hypertrophica. Endophlebitis venae cavae inferioris. Pericarditis fibrinosa subchronica. Pleuritis serofibrinosa lateris utriusque cum compressione loborum inferiorum, praecipue dextri, hydrops, ascites et universalis, decubitus in cavo Douglasii.*

Badanie mikroskopowe preparatu stwardniałego w 96% spirytusie wykazało: Ilość nowowytworzonéj tkanki łącznéj w tym przypadku jest tak wielka, że stanowi prawie połowę wszystkich elementów składających obraz mikroskopowy. Lokalizacyja jéj i stosunek do miąższu są uderzającemi. Główna jéj masa znajduje się w przestworach międzyzrazikowych, z których wzdłuż gałązek międzyzrazikowych wychodzą wypustki i łączą się z innemi otaczając tym sposobem każdy zrazik. Marskość jest tu zatém jednozrazikową. Ale i w zrazikach samych znajduje się we wszystkich prawie przestworach międzybeleczkowych młoda nowowytworzona tkanka łączna tak, że każdy ze zrazików jest tą tkanką rozłożony na pojedyncze beleczki lub tylko mniejsze i większe ich fragmenty. Fragmenty beleczek wątrobowych składają się z kilku lub kilkunastu komórek wątrobowych, są najczęściéj pozaginane, niekiedy dzielące się lub wydające wypustki. Pasemka łącznotkankowe wśródzrazikowe są różnéj grubości, niekiedy grubsze niż same beleczki wątrobowe, innym razem delikatne, składają się z delikatnych włókienek z nielicznemi jądrami wrzecionowatemi i liczniejszemi okrągłemi (limfoidalnemi). Stosunek ilościowy komórek wrzecionowatych i okrągłych jest na różnych miejscach różnym. Tkanka około- czyli międzyzrazikowa spływa bez żadnéj widocznéj granicy z śródzrazikową, a ta ostatnia z szerszą lub węższą warstwą łącznotkankową otaczającą żyłkę środkową. Tylko bardzo nieliczne *acini* są w częściach środkowych niezmienione i nie zawierają tkanki łącznéj, w większości zrazików znajdujemy tkankę łączną po całym zraziku rozlaną. Części obwodowe zrazików albo wcale nie różnią się pod tym względem od więcéj ku środkowi położonych albo tylko tém, że w pierwszych odstępy pomiędzy beleczkami wątrobowemi są szersze niż w drugich. Na nielicznych wreszcie zrazikach bujanie tkanki łącznéj nie jest tak rozlaném, zrazik podzielony jest tylko za pomocą przegródek łącznotkankowych na kilka mniejszych części. W tego rodzaju zrazikach znajdujemy często naczynia włosowate znacznie porozszerzane, ale nigdy w całym zraziku, tylko na miejscach ograniczonych. Komórki wątrobowe między takiemi naczyńkami są ugniecione, powydłużane, nasiąknięte barwikiem żółci, słowem na drodze postępującego zaniku. Ściany naczyniek są w tych miejscach zgrubiałe. Pomiędzy światłem rozszerzonych naczyniek a ściśniętemi zanikającemi komórkami wątrobowemi przebiegają włókienka łącznotkankowe z jądrami wrzecionowatemi i tworzą dosyć silne wiązki łącznotkankowe. Ściany naczyń krwionośnych i większych przewodów żółciowych są tylko nieznacznie zgrubiałe, a otoczone są młodą tkanką łączną zawierającą więcéj komórek okrągłych niż wrzecionowatych. W téjto tkance łącznéj spotykamy zmiany charakterystyczne, nieodpowiadające żadnemu okresowi marskości zanikowéj. Najważniejszém i uderzającém zjawiskiem téj tkanki łącznéj jest ogromne mnóstwo tworów zwanych pseudokanalikami i odsznurowanych od całości zrazików. Z tego powodu tkanka ta ma wejrzenie alweolarne. W tych alweolach ułożone są szeregi komórek przybłonkowych, po 1, 2 lub więcéj obok siebie. Sąto pseudokanaliki najrozmaitszych kształtów, dzielące się widelcowato lub pojedyncze, poskręcane lub proste, z bocznemi wypustkami lub bez nich. Komórki składające taki pseudokanalik mają jądra wielkie, okrągłe lub owalne z trudno dostrzegalną obwódką pierwoszczową. Około niektórych jąder (tych jest względnie mało), znajdują się grubsze obwódki pierwoszczowe, niekiedy sześcienne, niczém nieróżniące się od komórek wątrobowych. Często jeden koniec takiego dołka wypełniony jest kilkoma komórkami wątrobowemi, a od nich ciągnie się szereg jąder przybłonkowych po 2 lub po jedném *bout à bout* ułożonych

[1]) Szczegóły anamnestyczne i przebiegu choroby dotyczące w tym i następnym przypadku zawdzięczam Imu sekundaryjuszowi tutejszego szpitala p. Drowi Cumchalowi.

i wypełniających resztę wolnego przestworu alweolarnego; pseudokanalik przedstawia się wtedy jako dalszy ciąg komórek wątrobowych. Zdarza się także, że taki kanalik rzekomy przerwany jest w środku na jednym lub więcéj punktach jedną lub dwiema komórkami wątrobowemi. Przestwory łącznotkankowe mieszczące w sobie pseudokanaliki są często ze wszech stron zamknięte, a komórki zwykle nie przylegają do nich bezpośrednio, między niemi często wolny przestwór aż na szerokość jednego jądra epitelijalnego, a zatém dosyć znaczny. Oprócz tych dłuższych rozgałęzionych dołków mieszczących pseudokanaliki znajdują się i daleko mniejsze, w których znajduje się jedna lub 2 komórki wątrobowe 2—3-jądrowe, a obok nich więcej komórek cechy przybłonkowéj o wąskiéj obwódce protoplasmatycznéj. Granica między temi obwódkami odpowiadającemi pojedynczym jądrom często niewidoczna, masy protoplasmatyczne spływają z sobą, krótko mówiąc, ma się wrażenie, jak gdyby z owych komórek wątrobowych powstały owe mniejsze, które niczém nie różnią się od komórek epitelijalnych składających pseudokanalik. Wreszcie spotykamy dołki, w których znajduje się po 2—3 komórki przybłonkowe, a komórki wątrobowéj nie spotykamy. Sąto obrazy zależne widocznie od przecięcia, z jakiego pochodzi preparat. Tkanka łączna tworząca owe dołki a przypominająca podścielisko tkanki adenomatycznej składa się z bardzo delikatnych włókienek często współśrodkowo lub 8mkowato około dołków przebiegających z rozpuszczonemi po niéj jądrami komórek limfoidalnych lub wrzecionowatych. Stosunki ilościowe tych ostatnich 2 elementów tkanki łącznej są na różnych miejscach różne. W częściach środkowych przestworów międzyzrazikowych przeważają jądra wrzecionowate, ku obwodowi, tj. ku granicy zrazików, przeważają komórki limfoidalne. Najwięcéj pseudokanalików i resztek odsznurowanych komórek wątrobowych znajduje się na granicy zrazików, mniéj jest ich w środkowych częściach przestworów międzyzrazikowych. W tych ostatnich częściach znajdują się natomiast liczne naczynia krwionośne o szerokiém świetle, ściany ich nie dają się oddzielić od otaczającéj tkanki łącznéj. Jakim sposobem przychodzi do wytworzenia tkanki alweolarnéj powyżéj opisanéj, o tém poucza nas w sposób zadowalający dokładna obserwacyja obwodowych części zrazików, gdzie ta tkanka przechodzi w śródzrazikową. Otóż przy wielkich powiększeniach można widzieć, jak od téj tkanki wchodzą wzdłuż naczyń włosowatych pojedyncze włókienka pomiędzy pewne grupy komórek wątrobowych. Włókienkom tym towarzyszą rozproszone wśród nich jądra wrzecionowate i okrągłe. Ta siatka łącznotkankowa śródzrazikowa mieści w swych oczkach mniejsze lub większe grupy komórek wątrobowych i przebiega podobnie jak naczynia włosowate promienisto ku środkowi gron wspólniczące z sobą na licznych miejscach za pomocą wypustek poprzecznych. Mam tu na oku tylko te zraziki, gdzie jeszcze tkanka łączna nie rozwinęła się w grubsze pasma międzybeleczkowe. Komórki wątrobowe nie okazują w tych pierwszych okresach bujania śródzrazikowego ani śladu przemian wstecznych lub ucisku, kontury ich są ostre, wieloboczne. Tylko w najbardziéj obwodowych częściach zrazików dają się zauważyć na nielicznych komórkach wątrobowych pewne zmiany w pierwoszczu, a mianowicie występują w niém grubsze ziarnka i kryształki bilirubinu, kontury ich stają się niewyraźne, rozpływają się jak gdyby w drobnoziarnisty pyłek, podczas gdy jądro tylko niekiedy staje się mniejszém, okazując objawy rozpadu; zwykle wielkość jego jest prawidłowa i często zawiera więcéj istoty chromatycznéj niż jądra komórek środkowo w gronie ułożonych. Już w zraziku samym dają się często zauważyć w pewnych oczkach wyżéj wspomnianéj siatki łącznotkankowéj komórki przybłonkowe o bardzo wąziutkiéj osłonce, nagromadzone obok komórek wątrobowych, a niektóre z nich leżą jeszcze w obrębie pierwoszcza komórki wątrobowéj. W tych zmianach śródzrazikowych należy upatrywać pierwszy okres tworzenia się tkanki międzyzrazikowéj z licznemi pseudokanalikami, a komórki wątrobowe, na których spotykamy wyraźne objawy odbytej proliferacyi, jako początek późniejszéj treści alweolów opisanych w tkance łącznéj międzyzrazikowéj. Na prawdziwych przewodach żółciowych międzyzrazikowych nie wykryłem zmian żadnych prócz tego, że granica między ścianami ich a otaczającą tkanką łączną stała się niewidoczną. Nie udało mi się nigdzie w sposób pewny wykryć komunikacyi ich z pseudokanalikami, chociaż takowéj wykluczyć nie można. Objawów proliferacyi na ich przybłonkach lub czegoś, zkądby o takowéj wnosić można, lub tworzenia bocznych wypustek nigdzie nie zauważyłem. Jakkolwiek w nowowytworzonéj tkance łącznéj między- i śródzrazikowéj łatwo jest wykryć naczynia włosowate, przecież ilość ich musi być znacznie mniejsza niż śród stosunków fizyjologicznych. Wnosić o tém można ztąd, że niektóre z nich jamisto są porozszerzane. Żyłka środkowa była często zamkniętą, zawsze zaś prawie ściany jéj znacznie zgrubiałe, światło zwężone.

2) Babický Franciszek, l. 38. Do szpitala przybył dnia 25go października 1883. Był on całe życie zdrów, dopiero przed 8 tygodniami siedząc na przeciągu zauważył, że nie może dobrze władać nogami. Od téj pory ma dolegliwości przy chodzeniu. Potator mierny. Kiły nie przebył. Stan obecny (25/10 1883). Chory jest wzrostu wysokiego, bardzo dobrze odżywiony, wypadanie włosów, klatka wysklepiona, szeroka, wypuk jawny, oddechy prawidłowe. Tony serca czyste. Wątroba przekracza łuk żebrowy ku dołowi, a granica dolna stłumienia wątroby leży niżéj niż zwykle. Śledziona zwiększona. Brzuch znacznie rozszerzony, napięty, wypuk w górnych częściach jawny, w dolnych i bocznych stłumiony. W moczu białka nie ma. Rozpoznanie kliniczne: *Hepatitis chron. Degeneratio adiposa cordis, hydrops ascites, alcoholismus chronicus.* Śmierć dnia 15 grudnia 1883.

Rozpoznanie brzmi: *Hepatitis interstitialis chronica (hypertrophica), tumor lienis e venostasi, venostasis universalis, induratio pulmonum et renum, atelectasis pulmonum e compressione, oedema pulmonum, ascites, hydrothorax et hydrops anasarca.*

O wątrobie w protokóle sekcyjnym (prof. Hlava) zanotowano: Wątroba powiększona, ciężka, śród przecinania „skrzypi“ *(crie)*, na przekroju żółtawobrunatnym widać dokładnie rozszerzenie tkanki łącznéj międzyzrazikowéj, którą pojedyncze zraziki i grupy ich są pooddzielane od siebie.

Wynik badania mikroskopowego: Przy małych powiększeniach i na pierwszy rzut oka przypomina się zwyczajny obraz marskości zanikowéj, a mianowicie lokalizacyja nowo wytworzonéj tkanki łącznéj. Pod tym względem jestto marskość jedno- i więcéjzrazikowa i przedzielająca nadto pojedyncze zraziki na mniejsze części. W niektórych miejscach znajdujemy tkankę łączną, która jeden, dwa i więcéj zrazików zupełnie zastąpiła. Często wreszcie spotykamy obrazy, gdzie tkanka łączna tworzy wśród miąższu delikatną miejscami grubiejącą siatkę i ta siatka odpowiada przebiegowi naczyń włosowych. W skutek tego nie widać w tym razie podziału

miąższu na pojedyncze zraziki, jeżli na obwodzie ich ta tkanka łączna nie jest silniéj rozwinięta. W ogóle rozmaitość pod tym względem jest tu wielka i trudno daje ona się ująć w pewne formy. Do otoczonych do koła tkanką łączną wysp miąższu wychodzą z pierścienia łącznotkankowego mniéj lub więcéj liczne wypustki, nie są one jednak tak liczne i regularne jak w poprzednim przypadku. Szczegóły napotykane w tkance łącznéj i miąższu zasługują na szczególną uwagę i dla tego każdéj z tych części osobno bliżéj przypatrzyć się musimy.

Przestwory międzyzrazikowe [1]), które niekiedy tak są rozszerzone, że odpowiadają co do rozmiarów dwom i trzem zrazikom, zaledwie zasługują na nazwę tkanki łącznéj. Takie mnóstwo znajduje się tu pseudokanalików i naczyń, że tkanka łączna redukuje się na niektórych miejscach do zaledwie dostrzegalnych włókienek, przebiegających w najrozmaitszych kierunkach, często ósemkowato naokoło kanalików. Ma to miejsce zwłaszcza w zewnętrznych warstwach. Pseudokanaliki nie różnią się tu niczém od opisanych w poprzednim przypadku. Ułożone są w pochewkach cieniutkich, przypominających błonę własną gruczołów, na kształt utkania adenomatycznego. Komórki przybłonkowe składające pseudokanalik ułożone są po 2—3 i więcéj, nie przylegają zwykle do ścian swéj osłonki i nie okazują ani śladu światła. Długość ich jest różna; przeważają formy krótkie, łukowato lub esowato poskręcane. Bardzo często oba końce takiego pseudokanalika lub i jego wypustki, jeśli je posiada, kończą się ślepo, t. j. osłonka ich jest ze wszech stron zamknięta. Na przekrojach poprzecznych kanalików dłuższych widzimy jednę aż do kilkunastu komórek przybłonkowych skupionych koło siebie i ułożonych w okrągławym przestworze, utworzonym ową delikatną osłonką. Że jednak nie wszystkie takie okrągłe przestwory należą do kanalików dłuższych, czyli że są ich przekrojami poprzecznemi, poucza granica z zachowanym miąższem. Tu znajdujemy prawie tylko krótkie pseudokanaliki, które późniéj spływając z sobą tworzą formy dłuższe. Część zatém tego, cobyśmy chcieli uważać za przekrój poprzeczny kanalika, może być tylko gromadką komórek przybłonkowych w przestworze z wszystkich stron zamkniętym. Oprócz pseudokanalików, głównego składnika tych przestworów międzyzrazikowych, uderza tutaj wielka ilość naczyń o wielkiém świetle, a bez ścian widocznych, które w stosunku do światła powinnyby być dosyć silnemi. Ściana większych rozgałęzień żyły bramnéj jest nieznacznie zgrubiała, bł. dodatkowa spływa bez wyraźnéj granicy z tkanką zawierającą pseudokanaliki. Im więcéj zbliżamy się ku granicy miąższu tém więcéj znajduje się jąder komórek limfoidalnych, tém mniéj wrzecionowatych, w częściach środkowych przestworów stosunek ten jest odwrotnym.

Miąższ zachowany pod wielu względami zasługuje na uwagę. Komórki wątrobowe mają zarysy ostre, wielkość ich zupełnie normalna. Tylko w niektórych większych kawałkach miąższu znajdujemy czasem w środkowych jego częściach niektóre komórki zawierające większe krople tłuszczu. Zresztą na miąższu tym nie spotykamy ani śladu jakichś przemian wstecznych. Podobnież konfiguracyja beleczek wątrobowych jest zupełnie prawidłowa. Tylko w niektórych wysepkach miąższu znajdujemy naczynia włosowe porozszerzane, a pewne grupy komórek w skutek ucisku zmniejszone, zanikłe. Oprócz wyżéj wspomnionych wypustek łącznotkankowych wchodzących do miąższu od obwodu spotykamy często koło żyłki środkowéj tkankę łączną, niczém się nieróżniącą od tkanki w przestworach międzyzrazikowych. Od zgrubiałych ścian żyłki środkowéj wychodzą w tym razie zamiast beleczek komórek wątrobowych, pseudokanaliki wspólniczące bezpośrednio z beleczkami komórek wątrobowych. Granica miąższu zachowanego nigdzie nie jest ostrą. Włókienka łącznotkankowe wchodzą w powierzchowne warstwy miąższu w kierunku stycznych i promieni odosabniających tym sposobem grupy komórek od całości. W tych grupach występują zmiany które na pewno każą przypuścić bujną proliferacyję. W oczku łącznotkankowém zawierającém jednę, dwie lub więcéj komórek wątrobowych, znajduje się kilka do kilkunastu komórek małych, niekiedy sześciennych, przylegających do siebie i komórek wątrobowych. Ściany oczka łącznotkankowego nie przylegają nigdzie bezpośrednio do téj grupy małych komórek, zawsze znajduje się między niemi przestwór wolny szerokości niekiedy aż 2 jąder przybłonkowych. O przywędrowaniu zatém tych komórek z otoczenia nie może być mowy. Pochodzić one mogą tylko z czynności proliferacyjnéj komórki wątrobowéj. Widzimy tu zatém powolny rozkład normalnego miąższu w małe komórki przybłonkowe i to w sposób zadowalający tłumaczy wszystkie cechy przestworów międzyzrazikowych powyżéj opisane.

Ściany prawdziwych kanalików żółciowych miernie zgrubiałe, przybłonki ich są zupełnie prawidłowe. W otoczeniu kanalików nie spotykałem żadnych nacieków drobnokomórkowych. Komunikacyi ich z pseudokanalikami nigdzie histologicznie nie mogłem wykazać. (C. d. n.)

[1]) Wyraz „przestwór międzyzrazikowy“ zatrzymuję tutaj tylko dla krótkości, bo, jak to późniéj wykażę, ten „przestwór“ jest tkanką zastępującą prawidłowy miąższ wątrobowy.

V. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Hochhaus (Berlin): **O wartości leczniczéj nastoju strofantus.**

Rozmaici badacze i klinicyści doszli do różnych wyników leczniczych z tym środkiem. Zdania o nim są różne, wielu ocenia przychylnie działanie tego leku, inni mniéj go cenią. Podajemy tutaj wyniki doświadczeń, do jakich doszedł H., badając działanie nastoju *strofantus* na 60 chorych w klinice Fürbringera; wyniki jego badań są nieco odmienne od wyników uzyskanych przez innych badaczów.

W przypadkach wad zastawkowych serca w stanie nie wyrównania jest nastój *strof.* w niektórych razach znakomitym środkiem, zwalnia czynność serca, wzmacnia ją i reguluje; najprędzéj sprowadza pierwsze, ostatnie dopiero po kilku dniach. W wielu przypadkach, w których *strof.* już nie pomaga, działa jeszcze naparstnica. Lepiéj aniżeli naparstnica działa *strofantus* w przypadkach zaburzeń w oddechaniu. W przypadkach przewlekłego zwyrodnienia mięśnia sercowego z małém, przyspieszoném a nieregularném tętnem, z dusznością i obrzękami środek ten nieźle działa, duszność ustępuje najprędzéj. W zapaleniu nerek ostrém i przewlekłém wpływu znacznego nie ma, wydzielanie moczu się nie zwiększa. W przypadkach bicia serca lub duszności opartéj na tle nerwowém sprowadza nastój *strofantus* ulgę. Na obrzęki oparte na tle chery wpływa także korzystnie. Po dłuższém używaniu występuje u niektórych chorych biegunka, nudności, wymioty; niekiedy przyzwyczaja się ustrój do tego leku. Najlepiéj jest podawać go trzy razy po sześć kropel do łyżki

wody lub wina, można codziennie o dwie krople postąpić, najwyżéj można dojść do 60 kropli dziennie. Zbiorowego działania H. nie zauważył nigdy. (*Deutsche med. Woch.* 1887, Nr. 43). *H. K.*

β. **Kalomel jako środek moczopędny.** Według dawniejszych spostrzeżeń i zestawień w pracach Wagnera, Jendrassika, Mendelsohna, Stillera i Fürbringera, oraz Dra F. Orralego (w *Gazetta medica di Roma* ogłoszonych) okazuje się, że:

1) Kalomel w dawkach 50—60 gr. w przeciągu 24 godzin w przypadkach puchliny wodnéj przy wadach serca posiada wybitne własności moczopędne w razach nawet, gdy inne środki tego rodzaju, jak *digitalis, coffeinum* i *scilla* zawodzą;

2) działanie jego jest przemijające, a

3) zależy od ilości wchłonionego środka, oraz od rodzaju objawów puchlinowych;

4) oddawanie wielkiéj ilości moczu występuje napadowo i to najpóźniéj w 8ym dniu leczenia;

5) *maximum* osięga od 2—4go dnia, kiedy ilość jego dochodzić może do 9 litrów, a zmniejsza się aż do ustąpienia puchliny;

6) skoro tylko ciecz przesączynowa ustąpiła, dawek kalomelu nie należy powtarzać, chyba w przypadkach ponownego wystąpienia choroby;

7) kalomel nie może być uważany za środek mogący zastąpić naparstnicę, ale jako lek uzupełniający ją, gdyż działa wybitniéj i z większym skutkiem na zjawiska puchlinowe, a naparstnica kompensuje nieregularność skurczów serca;

8) przy używaniu kalomelu często występuje zapalenie błony śluzowéj ust, oraz biegunka i ta ostatnia daje się usunąć małym dodatkiem makowca;

9) w ostatnim okresie wady sercowéj, z powodu osłabiających powikłań i objawów powyższych należy usunąć kalomel gdyż przyspiesza on zejście śmiertelne, jakkolwiek jest w stanie usunąć puchlinę. Chcąc uniknąć tych niepożądanych następstw leku tego, oraz działania ubocznego, należy według autora uwzględnić dwie okoliczności i próbować albo odporność chorego na lek niniejszy podnieść za pomocą początkowo bardzo małych dawek, późniéj stopniowo zwiększanych i na téj drodze wybadać, o ile dotyczący chory znosi go, albo też pozostać raz na zawsze przy małych dawkach, których nawet i tak w danym razie należy zupełnie zaprzestać. Dawki pojedyncze mogą według tego dochodzić do 0·5, a dzienne nie przekraczać 0·60—0·80. (*Deut. Medicinal Ztg.* Nr. 75).

β. **Kalomel w marskości wątroby.** 28-letnia kobieta zostająca w opiece lekarskiéj Dra Schneppa w Wiedniu dla marskości przerostowéj znacznego stopnia po 5-tygodniowym pobycie w Karlsbadzie bez skutku, oraz używaniu nawet silnych leków przeczyszczających z następowém podaniem przetworów makowcowych z małém polepszeniem, idąc za radą prof. Nothnagla, używała dyjety wyłącznie mlecznéj, a przytém 3—5 razy dziennie po 0·05 kalomelu. Już w drugim dniu kał był wybitnie żółto zabarwiony, mocz jaśniejszy, a w przeciągu paru tygodni zniknęła żółtaczka i puchlina brzuszna, wątroba zmniejszyła się, a miesiączkowanie wróciło do stanu prawidłowego. Po użyciu 100 dawek kalomelu w przeciągu 3ch miesięcy chora odzyskała zupełnie zdrowie. Uczucie bolesności, zwiększenie wątroby, puchlina brzuszna, rozstrzeń żył pępkowych ustąpiły zupełnie. (*Deutsche Medicinal Ztg.* 1887, Nr. 76).

β. **Wyciąg z Quebracho** według M. Bourdeauxa ma przyspieszać zabliźnianie się. Stósowany na rany świeże o brzegach gładkich za pomocą pędzlowania, działa wśród przemijającego bólu, podobnie jak *collodium*, tak że wyleczenie następuje *per primam.* Również korzystnie można go używać w oparzeniach jakotéż odmrożeniu, jeżeli tylko dotknięte miejsca wyglądają zdrowo i różowo są zabarwione. Po napędzlowaniu wyciąg Quebracho twardnieje najdaléj w przeciągu godziny, tworząc brunatną powłokę, podobną do zaschłéj krwi, która do tkanki ściśle przylega, a za pomocą wody ciepłéj może być oddaloną. Po odpadnięciu jéj rana jest już wygojona, tak że rzeczywiście można tu mówić o prawdziwém leczeniu pod strupem. Wielką zaletą nowego tego środka jest to, że wszelkie opatrunki są już zbyteczne. (*Deutsche Medicinal Ztg.* 1887 Nr. 76).

β. **Pyridina i kolidina jako leki oddechowe.** Pierwszy G. Sée, następnie Kalamen polecił pyridynę w dychawicy, obecnie Daudieu, uczeń Séego, unosi się nad tym lekiem, oraz jego pochodnemi, jak mianowicie kolidyną. Według niego: 1) Pyridyna jest wskazaną w napadach *Angina pectoris;* działa rychło i nie dopuszcza nowych napadów. 2) W dychawicy, tak *Asthma essentiale* jak i *symptomaticum,* należy się jéj pierwszeństwo przed morfinem, gdyż działanie jéj rozciąga się na dłuższy przeciąg czasu i nie zagraża żadnêm niebezpieczeństwem. 3) Również korzystném jest jéj zastósowanie w napadach dychawicy występujących w skutek wdychania szkodliwych gazów. 4) Nieporównanie działa w duszności w skutek rozstrzeni oskrzel, suchot, jakotéż zmianach w krtani. Przeciwwskazań nie ma żadnych, ani też nie ma obawy o działanie zbiorowe. Sée poleca wdechania pyridyny, mianowicie: na talerz nalewa się 4—5 grm. téjże, stawia się go pośród pokoju i w ten sposób chory znajdujący się w rogu pokoju wdecha pyridynę zmięszaną z powietrzem. W przypadkach niecierpiących zwłoki nalewa się na kawałek sukna 4—5 kropel pyridyny i trzymając ją pod nosem i jamą ustną, w ten sposób wdecha. (*Deutsche Medicinal Ztg.)*

(*H. K.*) W *Therap. Monatsh.* zeszycie 4tym wspomina Sahli, że chorym swoim, nieznoszącym nieprzyjemnéj woni salolu, przepisuje lek ten z dodatkiem olejku miętowego, a dla lepszego wchłaniania go z dodatkiem skrobi np.: Rp. *Saloli puriss.* 0·50 *Amyli* 0·1 *Ol. ment. pip. gtt. sem. mf. p. dent. tal. dos. decem.* Do zewnętrznego użytku należy salol w małéj ilości przepisać (w postaci proszku do zasypywania), bo zbija się łatwo w grudki, np. Rp. *Saloli* 0·5—5·0 *Amyli* 50·0 *M. f. p. subtiliss.* DS. Proszek do zasypywania. Zewnętrznie. (*Deutsche med. Woch.* 1887 Nr. 41).

Medycyna wewnętrzna.

Fink (Giessen): **Przyczynek do nauki o chorobach płuc w przebiegu moczówki cukrowéj.**

Do niedawna uważano choroby płuc występujące wśród moczówki cukrowéj za toczącą się w nich sprawę gruźliczą; utwierdzały w tém przeważnie wszystkich klinicystów objawy wypukowe i przysłuchowe jakotéż i charakterystyczny przebieg gorączki, odpowiadające téj chorobie; Griesinger nawet utrzymuje, że jest ona najczęstszą chorobą wśród moczówki cukrowéj występującą, bo na 100 przypadków cukromoczu, które pośmiertnie badano, 42 razy znaleziono gruźlicę płuc. Tak samo sądziło bardzo wielu; aż pierwszy Leyden odmiennie wyraził zdanie, zaznaczywszy, że gruźlica płuc występująca u chorych na cukromocz różni się pewnemi właściwościami od zwykłéj codziennie obserwowanéj gruźlicy, a to 1) że rzadko się uogólnia, nigdy nie występuje w postaci prosówkowéj, 2) komórki olbrzymie bardzo rzadko się napotyka, 3) bardzo rozległém zapaleniem tętnic, jakie się napotyka w takich przypadkach.

Inaczéj można teraz o téj kwestyi mówić od czasu, jak Koch wykrył prątki gruźlicy; już w dwa lata po wykryciu ich Riegel pierwszy pozwolił sobie na podstawie przypadku

spostrzeganego w swojéj klinice powątpiewać o tak stanowczém orzeczeniu Immermanna i Rütimeyera, którzy w każdym nadarzającym się przypadku poszukiwali prątki i zawsze z dodatnim wynikiem; wypowiedział on zdanie, że niekażdy przypadek suchot płuc w przebiegu cukromoczu występujący jest oparty na gruźlicy; w jednym takim przypadku, którego sekcyja wprawdzie się nie odbyła, mógł R. rozpoznać zapalenie płuc śródmiąższowe z dążeniem do ropienia. Chory ten miał lat 52, był od lat kilku na cukrówkę chory; w lewém płucu w szczycie stłumienie wyraźne z szmerami oddechowemi niewyraźnemi i rzężenia obfite; plwociny okazują własności charakterystyczne dla plwocin z ropnia płuc pochodzących przez Leydena opisane; prątków mimo skrzętnego wielokrotnego szukania nigdy w nich wykazać nie można było. Chorego tego badał prof. Riegel w pewien czas po wyjściu jego z kliniki, stłumienie znalazł nieco tylko słabsze, innych objawów nie było.

W obec tego, że teraz F. z téj saméj kliniki ogłasza drugi przypadek, popierający zdanie Riegla, a przyczyniający się do rzeczywistéj zmiany zdania o gruźlicy w przebiegu cukrówki, wyraża F. zdanie, że takich przypadków znajdzie się teraz z pewnością więcéj, jeśli badacze na to większą zwrócą uwagę, skoro w klinice w Giessen, gdzie stosunkowo mało mają chorych na cukromocz, w ciągu jednego roku aż dwóch się znalazło, u których gruźlicy mimo objawów jéj odpowiadających nie znaleziono. Przypadek drugi obecny właśnie, opisany przez F., tém większéj nabiera wartości, że zakończył się sekcyją. Anatomiczne rozpoznanie brzmiało prawie tak samo jak kliniczne: *pneumonia fibrosa indurativa chronica pulmonis dextri*. Zrosty silne całego prawego płuca z ścianą klatki piersiowéj, rozszerzenia oskrzeli, w płacie górnym prawym z rozpadem istoty płuca. Ani w preparatach z wydzieliny w jamie po śmierci znalezionéj, ani w preparatach ciętych z płuc po śmierci nie można było ani metodą Ehrlicha ani Kocha ani Weigerta prątków wykazać.

F. widzi się na podstawie tego zmuszonym do przypuszczenia razem z Rieglem dwu postaci suchot płuc w przebiegu cukromoczu, różniących się między sobą tém, że na różnych momentach etyjologicznych się opierają, bo w postaci opisanéj prątków wcale wykazać nie można a objawy wypukowe i przysłuchowe odpowiadają naciekowi mającemu dążność do wywołania bujania tkanki łącznéj i ropienia. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 37). *H. K.*

(H. K.) W Towarzystwie klimatologiczném amerykańskiém omawiał Dr. Loomis z Nowego Jorku wpływ zawsze zielonych lasów na leczenie gruźlicy. Powietrze w nich, zdaniem L., nietylko ma być aseptyczném ale i antyseptyczném z powodu zawartych w niém olejku terpentynowego i dwutlenku wodu. Zdaniem jego umierają chorzy gruźlicą dotknięci nie z powodu zmian w płucach jako takich, lecz z powodu następowéj posocznicy lub ropnicy, wywołanéj ptomainami, które prątek gruźliczy wytwarza. A że ran w płucach środkami przeciwgnilnemi zmywać nie możemy, należy działać przeciw zatruciu temi ptomainami przeciwgnilnie działającém powietrzem. Doniesienia L. uzupełnił Dr. Cohen w tym kierunku, że sam widział u gruźlicą dotkniętych dobre wyniki leczenia po wziewaniach mięszaniny olejku terpentynowego z dwutlenkiem wodu. Miał nawet przypadki, w których tego rodzaju wziewania sprowadziły zabliźnienie się wrzodów gruźliczych w krtani. L. radzi z tego powodu w pobliżu szpitali przeznaczonych dla chorych gruźliczych pozasadzać drzewa zawsze zielone. (*Deut. med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 42).

Choroby krtani i nosa.

I. Prior (Bonn): **Jodol i znaczenie jego lecznicze w chorobach gruźliczych i innych chorobach krtani i nosa.**

Już od dłuższego czasu starają się zawodowi lekarze w chorobach krtani, opartych na tle gruźliczém, stósować środek pewny, któryby mógł przynieść korzyści chorym, u których miejscowe zmiany w krtani są znaczne, czasem bardzo znaczne, podczas gdy sprawa chorobowa w płucach nie jest jeszcze dalcko posuniętą. Pierwszym środkiem, po którym się wiele w takich razach spodziewano, był jodoform; jakkolwiek w ostatnich czasach bakteryjologowie różne o nim wypowiadają zdania, przecież ma on własność usuwania niezdrowéj ziarniny, a wywoływania ziarnienia zdrowego, zdolnego do zabliźnienia. I rzeczywiście wyraża się bardzo wielu laryngologów o nim bardzo dobrze. W r. 1885 wystąpił Krause z nowym środkiem, a mianowicie z kwasem mlekowym, i ten okazał się bardzo dobrym, przyczynił się nawet do utwierdzenia zdania, że suchoty krtani dają się wyleczyć (Schnitzler, Lubliński, Hering, Jelinek). Obydwa jednak środki mają wiele stron ujemnych, przedewszystkiém musi się dla kw. mlekowego być specyjalistą dla chorób krtani, sam Krause i Hering wymagają wprawy należytéj w stósowaniu; jodoformu znowu wiele osób nie znosi, wielu nie znosi jego zapachu, innym odbiera apetyt. Z radością, powiada Prior, powitał środek nowy, antyseptycznie działający, a już polecony w gruźlicy krtani przez kilku lekarzy (Lubliński, Seifert, Mazzoni), jodol czyli tetrajodpyrol, niemający żadnych nieprzyjemnych ubocznych działań; chorzy znoszą go dobrze; jestto proszek bezwonny, trudno w wodzie, ale łatwo w wyskoku, eterze, glicerynie, chloroformie i olejkach rozpuszczalny, zawiera do 89% jodu (jodoform zawiera do 96·7% jodu); jest nie tylko środkiem dobrym przeciwgnilnym, ale nadto i znieczulającym.

P. używa środka tego już od roku w chorobach krtani w postaci wdmuchiwań przy pomocy wziernika krtaniowego, zawsze w postaci proszku. Z licznych przypadków podanych wysnuwa P. co następuje:

Jodol w postaci proszku dostawszy się na gruźlicze wrzody w krtani, oczyszcza ich dno z wydzieliny i strzępów tkaninowych, pobudza tkankę zdrową do wytwarzania zdrowych ziarnin, nie tworzy zaś strupów jak inne środki (kw. mlekowy), przeciwnie tworzy warstewkę cienką przeźroczystą, pod którą ziarnina zdrowa się zabliźnia. Zarówno dobrze i skutecznie działa w przewlekłych chorobach krtani, nosa i gardziela, które za sobą pociągają zgrubienia i owrzodzenia. We wrzodach kiłowych na błonach śluzowych można go także zastósować. Lekiem swoistym przeciw gruźlicy krtani jodol nie jest. Z 19tu przypadków, w których jodolu używał, pięć razy wrzody gruźlicze w krtani zagoiły się, zabliźniły, z tych raz, mimo że upadek sił postępował. U trzech chorych wrzody nie rozwijały się daléj, lecz zatrzymały się na tym samym stopniu, u dwóch innych dno wrzodów prędko się oczyściło z wydzieliny i strzępów, ale wrzody się nie zabliźniły, mimo że ziarnina pokazywała się zdrowsza, w ośmiu przypadkach mimo całomiesięcznego stósowania jodolu stan krtani został ten sam; u jednego chorego z suchotami z szybkim przebiegiem wrzody nieco się zmniejszyły. We wspomnianych ośmiu przypadkach można już było jamy w płucach wykazać. Ale i w tych pewną ulgę sprowadził jodol. Czy blizny otrzymane w kilku przypadkach będą trwałe, nie może P. na razie naprzód przewidzieć. (W jednym przypadku już przeszło rok nawrotu nie ma). W każdym razie poleca

go P. wszystkim lekarzom niespecyjalistom, w pierwszym rzędzie tym, którzy tamtych dwóch (jodoformu i kw. mlekowego) nie zawsze mogą użyć do leczenia gruźlicy krtani i zachęca do dalszego badania tego środka, choćby dla największéj jego zalety, któréj jodoformowi brak, i w innych wrzodach niegruźliczych. W szeregu leków naszych można go między najpierwszemi umieścić. (*Münch. med. Wochschr.* 1887 Nr. 38). *H. K.*

Choroby nerwowe.

Rivals: **Epilepsyja powstała w skutek zranienia czaszki bez obrażenia mózgu.**

Autor miał sposobność w klinice prof. Pitresa w Bordeaux obserwować następujący przypadek epilepsyi na tle urazu: B. A., służący, 39 lat liczący, do 33go roku życia cieszył się wybornem zdrowiem. W r. 1878 koń kopnął go w okolicę kości potylicowéj i zranił tylko części miękkie. Po zabliźnieniu rany wrócił B. do swych zajęć, lecz odtąd cierpiał często ból głowy, zamącenia, a charakter jego zmienił się znacznie, gdyż chory stał się smutnym i nadzwyczaj gniewliwym. Stan ten trwał przez ośm miesięcy, poczem nagle pewnego dnia uczuł silny ból w okolicy dawnéj rany, mrowienie w palcach i dłoni, stracił przytomność, a członki konwulsyjnie drgać poczęły. W takim stanie pozostał przez dwie godziny, poczem nastąpiła pewnego rodzaju ociężałość, która ustąpiła w ciągu godziny. Od tego czasu podobne napady epilepsyi powtarzały się 3—4 razy tygodniowo, chory mógł ich jednak uniknąć, jeżeli przed napadem miał czas cośkolwiek zjeść lub wypić. Po dwu latach napady się zwiększyły, trwały przeszło dobę, poczem chory wpadł w stan wielkiego osłabienia i afazyi przez 5 dni trwający. Odtąd napady były częstsze i dłuższe. Chory usilnie domagał się trepanacyi, ponieważ jednak w układzie nerwowym i sferze zmysłowéj chorego żadnych zboczeń nie znaleziono, postanowiono jeszcze poddać go leczeniu środkami bromowemi, aby po kilku miesiącach rozstrzygnąć, czy należy podjąć rękoczyn. Atoli stan chorego ciągle się pogarszał i podczas napadu epilepsyi zakończył życie. Sekcyja nie wykazała pomimo najskrzętniejszych poszukiwań żadnych zmian anatomicznych w mózgu, ani w oponach, ani też w kościach czaszki. Przypadek niniejszy przytacza autor jako dowód, jak niedokładną jeszcze jest nauka o epilepsyi na tle urazu powstałéj. (*Archives de Physiologie normale et pathologique* 1887 Nr. 6 p. 264). *A. B.*

Choroby skórne i kiłowe.

Prof. Disse (Tokio w Japonii): **O przyrzucie kiły.**

W kropli krwi, otrzymanéj przez nakłócie, z osób kiłą dotkniętych, można, zdaniem D., metodą barwienia Grama wykazać koki otoczone otoczką, wolno w osoczu krwi płynące, nierównomiernie w niéj rozdzielone. W ciepłocie 20°—40° C. dają na sterylizowanych odżywkach już po kilku dniach kolonije pokryte szarawobiałą powłoczką, składające się przeważnie z diplokoków 0·0018 mm. długich, z których jedne na zobojętnionéj polewce mięsnéj w wyższéj ciepłocie trzymanéj poruszają się, inne leżą spokojnie. Ostatnie dzielą się z czasem i dają przez dzielenie diplokoki. Koki te wykazał D. u 12 osób kiłą dotkniętych, z których 10 przebyło kiłę już dawniéj, u 2 była wysepka świeża; we krwi osób niekiłowych koków tych ani razu nie znalazł. Dwa razy otrzymał z nich hodowle ze krwi już umarłych za życia kiłą dotkniętych. We krwi zwierząt ssących, którym koki z kiłowych w hodowli otrzymane wstrzyknął do naczynia, mógł te same koki bardzo licznie rozmnożone wykazać jeszcze w 14 dni po wstrzyknięciu, u owiec nawet w 4 tygodnie po zaszczepieniu i z nich na nowo hodowle otrzymać. Aż do śmierci zwierzęcia można je stale we krwi wykazać. Ze szczepionych zwierząt zachorowały wszystkie, 7 królików, 5 psów, 2 owce; choroba wywołana jest dziedziczną, bo nawet u płodów, których matkom jad wstrzyknięto, koki te mógł wykazać; u zwierząt padłych, sekcyjonowanych, znaleziono obok innych zmian w sercu, płucach (zapalenie płuc zrazikowe) i nerkach, charakterystyczne zmiany w naczyniach tętniczych, polegające na zgrubieniu ich ścian, stłuszczeniu i pękaniu takowych, zmiany, zdaniem D., podobne do zmian naczyń u ludzi kiłą dotkniętych. W miejscu zaszczepienia jadu, jakotéż na skórze i błonach śluzowych zwierząt zmian nie było. U zwierząt szczepionych można było koki nie tylko we krwi wykazać, ale i w mięśniu sercowym w otoczeniu naczyń, w miejscach zapalnych płuc, w kanalikach moczowych w nerkach, w moczu i surowicy krwi w worku osierdziowym się znajdującéj. Z wrzodu pierwotnego kiłowego otrzymał D. także swój kokus, ale zmięszany zwykle z innemi mikrobami niechorobotwórczemi. Raz wykazał koki w kilaku wątroby człowieka. U zwierząt, które odziedziczyły kiłę od matek swych, mógł koki opisane wykazać i w przestworach szpikowych, a nadto znajdował u nich i inne zmiany, zdaniem jego, przypominające zupełnie kiłę dziedziczną, trzewową ludzi. D. utrzymuje, że choroby i zmiany znalezione u zwierząt są z pewnością cechy kiłowéj, i że niewystąpienie u zwierząt wrzodu pierwotnego i zmian na skórze są jedyną różnicą między kiłą ludzką a zwierzęcą. Odnośne preparaty demonstrował D. na tegorocznym Zjeździe przyrodników i lekarzy w Wiesbadenie. W żywéj rozprawie, jaka się nad tym przedmiotem rozwinęła, brali udział: Weigert (z Frankfurtu n. M.), który wątpił, czy choroba na zwierzętach otrzymana po szczepieniu była kiłą i wyraził zdanie, czy nie rozchodzi się tu może przypadkowo o inną chorobę ludzi, jedynie w Japonii występującą; Birch-Hirschfeld (z Lipska), który nigdy we krwi ludzi dotkniętych kiłą mikroorganizmów wykazać nie mógł, radzi z wielką ostrożnością przyjąć zdania i doświadczenia Dissego. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887 Nr. 41). *H. K.*

Okulistyka.

W. Zehender: **Przypadek bąblowca (echinococcus) w oczodole i uwagi nad częstością pojawiania się tego pasorzyta w Meklemburgu.**

Rzadko spotyka się okulista z bąblowcem, a już w oczodole tak rzadko, że Zehender, mimo względnéj częstości tego pasorzyta w obu Ks. Meklemburskich, raz tylko miał sposobność podobny przypadek obserwować i operować.

Przypadek ten dotyczył 28-letniego majstra murarskiego, który zgłosił się do autora w dość wczesnym okresie choroby, kiedy wysadzenie gałki było jeszcze nieznaczne, wzrok miernie upośledzony, a wziernik wykazywał jedynie objawy żylnego przekrwienia tarczy. W 2½ miesiąca po stwierdzeniu tego stanu objawy się wzmogły: gałka wyparta na 9 mm. ku przodowi, linija widzenia zbacza ku dołowi wewnątrz, między górnym brzegiem oczodołu a gałką wyczuwalny w głębi okrągławy, miękki guz. Nie mogąc wykluczyć nowotworu złośliwéj natury przedsięwziął autor w obec silnego już upośledzenia wzroku wyłuszczenie guza, którego też dokonał w dwu oddzielnych zabiegach. Po rozcięciu szpary powiek i worka spojówkowego ukazał się w głębi guz o ścianach napiętych, wyraźnie chełboczący, tak że co do natury jego wątpliwości już być nie mogło. Ostry haczyk wbity

w pęcherz dla wyciągnięcia go ku przodowi rozdarł jednakże częściowo torebkę, skutkiem czego pozostałe ściany tejże po wylaniu się płynnéj treści cofnęły się znacznie w głąb, uniemożliwiając dalsze wyłuszczanie. Ponieważ mimo wypróżnienia pęcherza wysadzenie gałki utrzymywało się nadal, przystąpił autor do powtórnego zabiegu, w którym też po szerokiém nacięciu sklepienia spojówki udało się ściany pęcherza w całości wydobyć. Tym razem wysadzenie gałki ustąpiło w zupełności, ruchomość gałki jednak pozostała upośledzoną jak przed wyłuszczeniem pęcherza. Badanie anatomiczne wykazało obecność bąblowca, którego wielkość mogła dochodzić do rozmiarów orzecha włoskiego, brak tylko było haczyków, rozchodziło się więc o t. z. „akefalocystę."

Nawięzując do powyższego przypadku podaje autor ciekawe wyniki poszukiwań statystycznych co do rozmieszczenia tego pasorzyta na podstawie materyjału zebranego przez ogół lekarzy obu księstw Meklemburskich za inicyjatywą prof. Madelunga. Z dat zebranych przez samego Madelunga wynika, że najwyższy procent tegoż pasorzyta stwierdzonego sekcyją w zakładach patologicznych przypada na zakład w Rostoku (2·43%) i Gryfii (1·47%). W okręgu wojskowym rostockim w przeciągu 23 lat spostrzegano jeden przypadek na 1414 mieszkańców. Polegając na zdaniu Leuckarta, wedle którego pies jest jedynym tego tasiemca żywicielem, który styka się bliżéj z człowiekiem i zwierzętami domowemi, możnaby tę niezwykłą częstość choroby bąblowcowéj odnieść do znaczniejszéj ilości psów w ks. meklemburskich, która tam rzeczywiście w stosunku do ludności przedstawia się jak 1 : 18. Ponieważ jednak są kraje, wykazujące jeszcze większą ilość psów przy nierównie mniejszéj częstości choroby bąblowcowéj, przypuścić należy, że inny jeszcze czynnik w grę tu wchodzi, a takim okazała się hodowla owiec, które, jak wiadomo, cierpią często na t. z. kołowaciznę, polegającą na usadowieniu się bąblowca w mózgu. Bardzo pouczające są pod tym względem daty statystyczne przez autora przytoczone, z których okazuje się, że kraje wykazujące najwyższy procent choroby bąblowcowéj, t. j. Meklemburg i Pomorze, uprawiają na największą skalę hodowlę owiec. Nawet różnice w pojedynczych okręgach tych krajów co do rozmieszczenia téj choroby odpowiadają takimże różnicom co do rozmiarów hodowli owiec. Zależność tę należy tak pojmować, że psy żywiąc się tu i owdzie surowym mózgiem owiec, przez częste stykanie się z człowiekiem stają się bezpośrednim przenośnikiem pasorzyta na tegoż. *(Klin. Mnblätt. f. Augenheilk.* 1887). *Sroczyński.*

Medycyna sądowa.

Schröder: **Oparzenie czy pęcherzyca** *(Pemphigus).*

Dziecko (prawdopodobnie nowonarodzone) kąpane przez akuszerkę w wodzie ciepléj okazało się następnéj nocy bardzo niespokojném a nazajutrz matka znalazła je pokryte pęcherzami; w 8 dni potém nastąpiła śmierć. Lekarze sądowi orzekli, że dziecko umarło z pęcherzycy, kolegijum atoli prowincyjonalne orzekło przeciwnie, że umarło z oparzenia, a śmierć z pęcherzycy wykluczyć należy.

Imieniem Deputacyi Umiejętnéj zmarły już prof. Schroeder przychyla się do zdania pierwszych lekarzy, nie na podstawie sekcyi, która tym razem wątpliwości rozstrzygnąć nie może, lecz na podstawie aktów. Nie jest rzeczą sprawdzoną, czy dziecko podczas kąpania krzyczało, a niepokój jego w nocy można tłumaczyć wybuchem pęcherzycy; pęcherze znajdowały się szczególnie na głowie, a nie było ich wcale na brzuchu, a więc na części ciała, która z pewnością stykała się z wodą; nadto po oparzeniu śmierć byłaby wcześniéj nastąpiła. Z drugiéj strony nic nie stoi na przeszkodzie przypuszczeniu, że dziecko zachorowało na pęcherzycę (*Pemphigus neonatorum*), a przynajmniéj ani bieg choroby ani wynik sekcyi przeciw temu przypuszczeniu nie przemawiają.

Wprawdzie uderza, że rozchorowanie się dziecka rozpoczęło się niedługo po kąpieli, ale i ten zarzut usunąć można, jeżeli się przypuszcza, że kąpiel wpłynęła na powstanie pęcherzycy, pomimo że właściwego oparzenia nie było. Przyczyny powstania pęcherzycy nie są dokładnie znane, ale wiemy, że skóra noworodków jest bardzo delikatną i że przyskórek ma wielką skłonność do odłączenia się od miazdry. Tak też na miejscach, które śród porodu poprzedzały, łatwo tworzą się pęcherze, zwłaszcza jeżeli palec badający często się z niemi stykał, tak samo na miejscach, które uchwycone zostały silnie celem wydobycia dziecka. Ale nawet jeszcze w parę dni po urodzeniu silne manipulacyje po ciele dziecięcém mogą wywołać pęcherze. Dohrn *(Archiv f. Gyn.,* t. 10 i 11) opisał przypadek, w którym akuszerka w praktyce swojéj w Wiesbadenie a późniéj w zakładzie położniczym w Marburgu doczekała się całego szeregu przypadków pęcherzycy. Pokazało się, że przyczyną były zbyt silne manipulacyje śród kąpania i obcierania. Gdy uwagę akuszerki na to zwrócono, już więcéj pęcherzyca nie pojawiła się. Przypuścić więc należy, że i drażnienie termiczne wywołać może pęcherze, pomimo, że o właściwém oparzeniu mowy nie ma.

Z tych powodów możebną jest rzeczą, że kąpiel z następowém obtarciem w danym przypadku wywołała pęcherze, nawet w razie, jeżeli woda nie była wcale lub maloco gorętsza od wody ciepléj, zwykle do kąpieli używanéj i dlatego orzeka się, że dziecko umarło z wysypki pęcherzowéj, co do powstania któréj winy akuszerki wykazać nie można. *(Viertelj. f. ger. Medicin,* N. F. t. 47, z. 2). *L. B.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

IX zwyczajne naukowe posiedzenie.

Przewodniczący prof. Dr. Kadyi. Obecnych członków 16.

Kol. Prezes wita dwóch nowych członków koll. Kossaka i Kadena.

Kol. Widman przedstawił rzecz: o uderzaniu serca w stanie zdrowym i patologicznym. (Rzecz będzie umieszczona w *Przeglądzie Lekarskim).*

Kol. Wehr oświadcza na podstawie własnych ścisłych doświadczeń bakteryjologicznych, jak mało antiseptycznemi są pewne przybory chirurgiczne, jak np. jedwab karbolizowany Listera, które za takie uchodzą. Kol. Wehr w tym kierunku robi i z innemi przyborami liczne doświadczenia, z któremi się wkrótce podzieli z członkami Tow. Lek. Równocześnie okazał naczynia szklane dające się hermetycznie zamknąć, które uznaje jako bardzo dogodne do przechowania i przenoszenia pewnych przyborów chirurgicznych w płynach antiseptycznych. — Kol. Szpilman zaleca firmę Dobrowolskiego, który świeżo założył fabrykę opatrunków chirurgicznych aprobowaną przez krakowskie Towarzystwo Lekarskie, proponując wybór komisyi, którąby oceniła dobroć tych wyrobów. — Na wniosek jednak kol. Tatarczucha uproszono tylko koll. chirurgów, aby każdy z nich zechciał próby z odpowiedniemi opatrunkami czynić i rezultat udzielić Tow. Lekarskiemu.

Kol. Mehrer przedstawia chorego z uporczywą chorobą skórną na podudziu, któréj natury nie może z wszelką pewnością określić, okazującą jeszcze najwięcéj podobieństwa do *„eczema."*

Tém się jednak odszczególnia, że się opiera wszelkiemu leczeniu, jakkolwiek bowiem miejscowo się goi, sprawa chorobowa szerzy się dalej.

W dyskusyi zabierali głos koll. Tatarczuch, Gostyński i Wehr.

Kol. Laskiewicz okazał znaczną część zewnętrznéj blaszki żuchwy lewéj, któréj wyjęcia dokonał u pewnego w Zakładzie dla obłąkanych na Kulparkowie znajdującego się idyjoty, dotkniętego mikrocefaliją, okazującego nadto *pes equinus paralyticus bilat.* i lekkie a częste napady epileptyczne. Zgorzelinowa blaszka ta z łatwością dała się wydobyć obcęgami i przy badaniu mikroskopowém posokowatéj ropy wykazano *actinomycosis*, co téż było przyczyną istniejącego od kilku miesięcy u tego chorego zapalnego obrzęku szczęki. Najlepiéj widać było te bakteryje natychmiast po wydobyciu sekwestra, później zaś po leczeniu jodoformem i wodą karbolową bakteryj tych nie można było dostrzedz. Ponieważ kanał alweolarny jest obecnie u chorego otwartym, przeto widać obecnie u żywego człowieka piękny obraz układu zębów w szczęce.

Wreszcie kol. Laskiewicz komunikuje, że z oddziału kol. Dra Widmana odstawionym został dziś do Zakładu na Kulparkowie chory dotknięty równocześnie szaleństwem i prawdopodobnie wodowstrętem, charakterystycznemi drgawkami tetanicznemi i kurczami przełyku. *Dr. Wiczkowski.*

Sprawozdanie z Walnego zebrania Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 21 czerwca 1887.

W przedpołudniowych godzinach zwiedzano miejscowe szpitale, a w klinice ocznéj wykonał Dr. Wicherkiewicz operacyję zaćmy niedojrzałéj przy pomocy swego przyrządu, daléj blefaroplastykę i epicanthus.

Na popołudniowém posiedzeniu zebrali się koledzy: Kaczorowski, Preibisz, Święcicki, Koehler, Jerzykowski, Zielewicz, Jarnatowski, Gąsiorowski, Holzer i sekretarz; z zamiejscowych kol. Zaremba z Pierzchna.

Posiedzenie zagaja prezes Kaczorowski zwracając przed obradami porządkiem dziennym ustanowionemi uwagę obecnych na znaczenie Izb lekarskich i zachęcając do porozumienia się w sprawie wyborów. Po dość ożywionéj rozprawie wybrano na wniosek Sekretarza komitet, który ma się sprawą tą zająć, a mianowicie zwołać posiedzenie członków miejscowych i zamiejscowych celem ułożenia listy kandydatów. Do komitetu wyborczego powołano koll. Kaczorowskiego, Zielewicza i Wicherkiewicza.

Następnie poproszono kol. Zarembę, ażeby przewodniczył dalszym obradom; tenże wspomina o śmierci Dra Pernaczyńskiego z Wrześni a członkowie na wezwanie uczcili powstaniem pamięć świeżo zgasłego kolegi.

Kol. Kaczorowski referuje w sprawie dotyczącéj końcówek polskich nazw alkaloidów, jakotéż w sprawie wyrazu kiła zamiast przymiot i dyfteryt zamiast dyfteryja, a w końcu swego zajmującego referatu wzywa zgromadzenie, ażeby się oświadczyło za odpowiednią nomenklaturą co do wyrazów stanowiących różnicę pomiędzy szkołą krakowską a warszawską, wyrażając przekonanie, iż Kraków chętnie zrobi ustępstwo, jeżeli Poznań przychyli się do jednéj lub drugiéj pisowni.

Po żywéj dyskusyi podtrzymywanéj przez kolegów Zielewicza, Koehlera, Jerzykowskiego, Jarnatowskiego, referenta i sekretarza, wnosi ostatni, ażeby celem dokładnego zbadania téj sprawy, a mianowicie ocenienia wywodów, które skłoniły szkołę krakowską do przyjęcia końcówek na *in*, wybrać komisyję z trzech członków Sekcyi, któréjby przydzielono ze dwóch filologów. Wniosek ten przyjęto a do komisyi wybrano koll. Kaczorowskiego, Koehlera, Wicherkiewicza, proff. Jerzykowskiego, Kolanowskiego albo Jakowickiego.

Następuje wykład kol. Święcickiego o perineoplastyce. Dawszy na wstępie historyczny pogląd na rozwój operacyi, przechodzi prelegent do wskazań, wykazując jak nieraz najróżnorodniejsze cierpienia wynikać mogą z większego lub mniejszego przedarcia międzykrocza. Wspomina tutaj o opadnięciu macicy, boleściach przy spółkowaniu, oddawaniu kału i moczu przez pękanie blizn międzykrocza, mówi o *inversio parietis anterioris et posterioris vaginae, cysto-* i *rectocele* i różnych innych przypadach. Co do sposobu operacyi rozwodzi się mowca obszerniéj nad metodą Simona, Hegara, Freunda, Hewitta, Martina młodszego i Bischoffa. Wykazawszy ich dodatnie i ujemne strony, przechodzi do najnowszéj metody Walchera, dyrygującego lekarza w zakładzie położniczym w Stutgardzie. Zdaniem Walchera winno się przy perineoplastyce na to przedewszystkiém zwracać uwagę, aby o ile można *status quo ante* otrzymać, czyli innemi słowy aby utworzyć na nowo prostopadły, prawie szczelinowy *introitus* w porównaniu do więcéj poziomo leżącéj pochwy. W tym celu trzeba powstałe przez przedarcie międzykrocza blizny z największą skrupulatnością wyciąć lub wykrajać, a przez to usunąć powstałą dyslokacyję części przedsionka i pochwy. Tak skóra jak mięśnie itd. otrzymają natenczas tę poruszalność, jaka jest konieczną, aby mogły być reponowane na swe dawniejsze miejsce i z odpowiedniemi częściami swemi zeszyte. Wszelkie napięcie usuwa się w ten sposób a tém samém łatwiejszy następuje rychłozrost. Prelegent wspomina przy téj sposobności także i o metodzie Walchera przy opadnięciu macicy. Otóż odpreparowuje on dość znaczny długi i szeroki kawałek błony śluzowéj z tylnéj części pochwy, a następnie wykrawa ze środka rany wąski pasek przez całą grubość ściany pochwowéj, zeszywa ranę i otrzymuje przez to rodzaj podłużnego wału w pochwie. Zwężenie pochwy, przymocowanie jéj silniejsze do swéj podkładki, utrudnienie zbliżenia się macicy do przedsionka, są wynikiem téj operacyi. Zdaniem prelegenta metoda Walchera ze wszystkich metod największą ma przyszłość, gdyż oparta jest na ściśle anatomicznych danych i najwięcéj ze wszystkich metod stara się o przywrócenie normalnego stanu przedsionka pochwy i międzykrocza. W końcu mówi prelegent o różnych szwach przy perineoplastyce (Jobert de Lamballe, Baker-Brown, Roser, Heppner, Werth, Hildebrandt, Lawson-Tait, Lauenstein), lecz jest zdania, że kwestyja szwów wcale tak ważną nie jest, jak to w najnowszyah jeszcze czasach utrzymuje Lauenstein i że dobre wyniki jedynie zależą tutaj od dobréj antyseptyki i od dokładnéj akomodacyi zeszytych ze sobą części. Spór o rodzaj szwów przypomina mimowoli ów spór z dawnych czasów Noëla, Dieffenbacha i Rouxa, a który przecież później okazał się przy innéj racyjonalniejszém postępowaniu operacyjném zupełnie bezcelowym.

W rozprawie zabiera głos kol. Jerzykowski sądząc, że powodem powstrzymania rychłozrostu jest zbyt bliskie zakładanie szwów i niedostateczne zraszanie. — Kol Święcicki sądzi, że najgłówniejszą rolę odgrywa przy szwach materyjał używany jakotéż należyte ściąganie. Zakłada on szwy tak, iż obejmują one częstokroć nawet pęcherz, zraszań nigdy nie używa, gdyż przez nie łatwo dojść może powietrze.

Kol. Zielewicz, który w ogóle tylko trzy robił perineoplastyki, streszcza w krótkości ostatni przez siebie operowany przypadek: Chora przybyła z opadnięciem macicy i przedarciem niezupełném międzykrocza. *Colporaphia anterior et posterior et perineoraphią* według metody Hegara, przytém trójkąt wycięty w błonie sięgał wierzchołkiem jak najdaléj ku górze. Przez 2 tygodnie u choréj nie zmieniono opatrunku; po upływie tego czasu przekonano się, że szwy katgutowe były wessane, jedwabne zaś, które pozostały w miejscu, wyjęto teraz dopiero.

Kol. Kaczorowski mówił o morfinizmie i opowiadał bardzo ciekawy przypadek, tyczący się dawniejszego oficera, nałogowego morfinisty, którego ten nałóg doprowadził do stanu niepoczytnego. K. odzwyczaił go bez zapadu od morfinu, a chory po 4 tygodniach opuścił zakład Sióstr Miłosierdzia zupełnie wyleczony.

W dyskusyi wspomina kol. Gąsiorowski, iż tenże sam chory przed tygodniem wpadł w takim samym stanie, w jakim go widział przed wstąpieniem do zakładu Sióstr Miłosierdzia do jego pomieszkania, domagając się natarczywie zastrzyknięcia morfinu.

W końcu wyjaśnił Sekretarz nieporozumienie, jakie zaszło w sprawie ogłaszań sprawozdań wydziałowych i odczytał list prof. Blumenstoka, który w sposób ze wszech stron zadowalający tłumaczy opóźnienie zachodzące niekiedy w umieszczaniu sprawozdań Sekcyi lekarskiéj poznańskiego Tow. przyj. nauk w Przeglądzie Lekarskim: prof. B. przyrzeka na przyszłość według możności uwzględniać życzenia Sekcyi pod tym względem wyrażone. Spodziewać się atoli trzeba, iż w zamian koledzy w zaborze

pruskim liczniejszém zaabonowaniem Przegl. Lek. i współpracownictwem dadzą dowód, iż rozwój piśmiennictwa polskiego lekarskiego nie jest im obojętnym, a duch, w jakim Przegl. Lek. jest redagowanym, sympatyję u nich budzi. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Virchow: **W sprawie badania mięsa.**

Stowarzyszenie sanitarne dolno-reńskie wystósowało petycyję do Ministerstwa pruskiego, w któréj prosi o zaradzenie rozmaitemu zapatrywaniu się w rozmaitych rzeźniach na kwestyję traktowania bydła perlicowego, albowiem rozporządzenia ministeryjalne z r. 1882 i 1885 złemu nie zaradzają. Z tego powodu Ministerstwo zażądało orzeczenia Deputacyi Umiejętnéj.

Virchow w orzeczeniu swém nie uważa rozporządzenia minister. za niedostateczne, co najwięcéj możnaby polecić, aby wszędzie postępowano jednakowo. Znawcy kompetentni dosyć zgodnie zapatrują się na znaczenie perlicy. Choroba ta blisko spowinowacona jest z gruźlicą człowieka a tak jak ona przedstawia bieg jużto miejscowy, jużtéżto ogólny. Nie ma zaś powodu przypuszczenia, że zawsze jest chorobą ogólną i ma znaczenie ogólne. W istocie perlicowe schorzenie mięśni zdarza się tylko wyjątkowo. Rozporządzenie ministeryjalne poleca, aby nawet mięsa wolnego od guzów perlicowych nie sprzedawano, jeżeli więcéj przyrządów ciała jest schorzałych, lub jeżeli zwierzę jest wychudłe. Gdyby i to rozporządzenie miało być niedostatecznėm, wtedy pozostałby tylko bezwzględny zakaz mięsa zwierząt perlicowych. Przed kilku laty rząd polecił robić doświadczenia w szkole weterynarskiéj berlińskiéj i w kilku uniwersytetach pruskich, celem zbadania w sposób eksperymentalny szkodliwości mięsa zwierząt perlicowych. Rezultat ogólny wszystkich doświadczeń był wprawdzie ujemny, jakkolwiek niejakie podejrzenie się utrzymuje. I późniejsze badania nie były uwieńczone wynikiem pewniejszym. Że pod pewnemi warunkami zarodki guzów perlicowych mogą dostać się do obiegu krwi, jest rzeczą prawdopodobną, ale uważamy to za całkiem nieprawdopodobne, aby udało się kiedykolwiek rozpoznać za pomocą cech pewnych, kiedy przejście to ma miejsce. Jeżeli więc nie chcemy użyć środka radykalnego i zakazać z góry spożywania mięsa każdego zwierzęcia, perlicą nagabniętego, to nie pozostanie nic innego, jak wyczekiwać dalszych objawów, a temi właśnie są guzy w innych organach lub wychudnienie połączone z gorączką lub bez niéj.

W Berlinie w r. 1885/6 sprawdzono perlicę u 1920 wołów i 7 cieląt, t. j. nieco więcéj niż u 2% wszystkich zwierząt do rzeźni przypędzonych. Ponieważ bydła gorszego wcale nie sprowadza się do stolicy, cyfra więc ta jest za niską dla kraju całego. Gdyby więc chciano wykluczyć wszystko bydło chore, a tém samém uczynić zadość i skrupułom teoretycznym tylko, przypadłoby na bydło perlicowe około 3%. Jeżeli zaś nie można zdecydować się na zakaz bezwzględny, a potrzeba praktyczna takiego zakazu nie jest dowiedzioną, to rozporządzenia już ogłoszone wystarczą, co najwięcéj możnaby je uzupełnić wskazówką o mniejszéj wartości mięsa zwierząt perlicowych. (*Viertelj. f. ger. Medicin*, t. 47, z. 2, str. 307—311). *L. B.*

○ Wspomnione wyżéj rozporządzenie opiewa: „Mięso takich zwierząt należy wówczas za zdrowiu szkodliwe poczytywać, gdy zawiera guzy perlicze (guzy gruźlicze), lub gdy zwierzę perlicą dotknięte okazywało już wychudnienie, nawet chociaż tych guzów nie było. Nadaje się jednak mięso do użycia, jeżeli guzy znaleziono tylko na jednym narządzie. Aby atoli w tym względzie należyta panowała kontrola, winny mieć miejsce najsumienniejsze oględziny mięsa i w każdym razie wskazaną jest rzeczą, aby mięso z wymienionych zwierząt pochodzące i co do źródła swego pochodzenia przy sprzedaży dokładnie oznaczone, przed użyciem dokładnie sparzyć: w ten sposób będą grzybki chorobowe, podstawę gruźlicy stanowiące, zniszczone i mięso będzie nieszkodliwém". (*Gesundheit*, 1887, Nr. 19).

Kratschmer: Środki przeciw lekom tajnym. W szeregu referatów przygotowanych na VI międzynarodowy Zjazd higijeniczny był jeden, opracowany przez K., a dotyczący ważnéj sprawy leków tajnych, która już wielokrotnie była przedmiotem rozpraw na różnych Zjazdach. Po krótkiém wyłuszczeniu przyczyn szerzenia się leków tajnych wspomina autor o różnych uchwałach i petycyjach, wnoszonych przez różne Zjazdy, poczém daje wyczerpujące zestawienie odnośnych ustaw austryjackich a następnie przechodzi do ustaw innych państw, mianowicie Francyi i Niemiec. W Anglii i Ameryce handel wzmiankowanemi środkami jest zupełnie wolny; w niektórych państwach amerykańskich wzbronionėm jest jedynie publiczne ogłaszanie środków poronnych. Sprawozdanie swe kończy K. 3ma wnioskami, których treścią jest: 1) że leki tajne przynoszą szkodę ludzkości pod względem moralnym, społecznym i lekarskim; 2) że do stłumienia lub ograniczenia nie wystarczają usiłowania pojedynczych kół społecznych, ale potrzeba pomocy państw; 3) że należy upraszać rządy o podjęcie starań co do podniesienia oświaty ludu, co do reform aptekarstwa, urządzenia stacyj badawczych i zakazania ogłaszania, sprzedaży i rozdawnictwa próbek leków tajnych.
Dr. Grabowski.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 2—8 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32,8. Z płonicy umarło 0 (1 z. t.); z dławca i błonicy 2 (4 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.); z gruźlicy 12 (4 z. t.); z zapalenia płuc 5 (8 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach płonicy, 1 duru osutkowego, 3 czerwonki. W tygodniu od 25 września do 1 października umarło z ospy: w Brodach, Tarnopolu i Tarnowie po 1; w Warszawie 22, w Pradze i Petersburgu po 2, w Budapeszcie 1, w Tryjeście 9, w Paryżu 6. Z odry umarło w Przemyślu i Tarnopolu po 1, w Paryżu 9, w Londynie 21, w Kopenhadze 19, w Wiedniu 5. Z płonicy umarło we Lwowie 7, w Brodach i Tarnowie po 2, w Kołomyi 1, w Wiedniu 5, w Gracu 3, w Londynie 38. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 26, w Londynie 12, w Petersburgu 8. Z czerwonki umarło we Lwowie 5, w Kołomyi 2, w Brodach i Stanisławowie po 1, w Wiedniu 1. Z krztuśca umarło w Przemyślu 1, w Londynie 34, w Petersburgu 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25 września do 2 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 38,4; we Lwowie 39,2; w Brodach 45,7; w Drohobyczu 24,6; w Kołomyi 44,1; w Przemyślu 30,9; w Stanisławowie 40,2; w Tarnopolu 38,0; w Tarnowie 32,5; w Czerniowcach 27,0; w Wiedniu 23,9; w Salcburgu 15,5; w Gracu 24,3; w Tryjeście 34,1; w Insbruku 16,4; w Pradze 30,5; w Bernie 22,5; w Olomuńcu 35,8; w Opawie 18,8; w Warszawie 28,7; w Poznaniu 34,6; w Berlinie 21,3; we Wrocławiu 29,4; w Gdańsku 19,1; w Dreźnie 23,5; w Hamburgu 22,8; w Kolonii 23,7; w Lipsku 17,9; w Mnichowie 27,5; w Strasburgu 18,2; w Amsterdamie 19,6; w Brukseli 15,2; w Budapeszcie 26,6; w Chrystyjanii 23,3; w Kopenhadze 23,1; w Londynie 15,3; w Odesie 29,2; w Paryżu 18,6; w Petersburgu 20,3; w Stokholmie 17,5; w Wenecyi 19,7. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 listopada. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. przedstawił prof. Korczyński wyroby lekarskie aptekarzy pp. Mańkowskiego z Przemyśla i Nitribitta z Krynicy i suszone jarzyny p. Seelinga de Saulenfels z Izdebnika, poczém prof. Obaliński mówił o modyfikacyjach metody amputacyjnéj i przedstawił chorych leczonych według metody Ko-

lischera; wreszcie kol. Schaitter okazał preparaty z przypadku sekcyi uskutecznionéj w zakładzie sądowolekarskim, a prof Obaliński poczynił uwagi nad tym przypadkiem, spostrzeżonym przezeń podczas krótkiego pobytu ranionego w szpitalu św. Łazarza.

* Dr. Konrad Wagner, sprawozdawca prac lekarskich polskich w tygodniku „Wracz“ uprasza tych kolegów, którzy ogłaszają prace w oddzielnych broszurach, aby mu takowe zechcieli nadsyłać pod adresem: Petersburg, Spaskaja Nr. 10

* Dr. Halski Henryk wychowaniec szkoły krakowskiéj i były elew kliniki lekarskiéj krak., który jako kierownik zakładu wodoleczniczego w Bystry umiał sobie zyskać powszechne uznanie chorych, osiadł stale jako lekarz praktyczny w Cieszynie. Nie wątpimy, że znajdzie on powodzenie na kresach kraju, gdzie lud polski od lekarza Polaka chętniéj niż od obcego przyjąć powinien radę lekarską.

* Książę Ludwik Ferdynand Bawarski otrzymał dyplom doktora medycyny *honoris causa* Uniwersytetu w Bononii. Jest on już doktorem medycyny uniw. monachijskiego i praktykuje zarówno jak kuzyn jego książę Karol Teodor.

* Otrzymaliśmy zeszyt 55 i 56 *Biographisches Lexicon*, który właściwie zakończa dzieło całe. Zanosi się jednak na kilka zeszytów jeszcze, w których znajdą się uzupełnienia. W zeszytach w mowie będących podane są życiorysy następujących lekarzy polskich: Wisłockiego, Wiszniewskiego, Wojciechowskiego, Wojnicza, Wolffów, Wołłowicza, Wonieńskiego, Żagiella, Zajączkowskiego, Zarewicza, Zawadzkiego, Zieleniewskiego, Zielewicza, Żulińskiego, Złobikowskiego, Ziembickiego i Arnolda.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Habilitowali się Drowie Eröss i Ottava, pierwszy dla pedyjatryi, ostatni dla okulistyki. — **Neapol.** Prof. de Vicentiis z Palerma mianowany został zwyczajnym profesorem okulistyki. — **Rzym.** Prof. Celli z Palerma mianowany tu nadzw. profesorem higijeny doświadczalnéj. — **Monachijum.** Prof. szkoły weterynarskiéj Tappeiner mianowany nadzw. prof. farmakologii w Wydziale lek. — **Kazań.** Prof. Adamiuk, który z powodu słabości chciał usunąć się z katedry swojéj, pozostaje na niéj w skutek prośby wyrażonéj z Petersburga. — **Insbruk.** Gdy prof. Weichselbaum nie przyjął katedry anatomii patolog., mianowany został suplentem tego przedmiotu Dr. Pommer z Gracu. Profesorem medycyny sądowéj i higijeny zostanie mianowany Dr. Kratter z Gracu. — **Wiedeń.** Prof. Störk miał otrzymać od Ministra Oświecenia naganę z powodu wykładu swego o chorobie ks. następcy tronu pruskiego.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Antoni Maryjan Gabryszewski rodem ze Lwowa i Eugieni Jan Wisłocki z Hołuszkowa w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Genewie umarł Dr. Andrzéj Duval, autor dzieła o historyi medycyny, w 59 roku życia. — W Anglii umarli Drowie Robert Greenhalgh, znakomity ginekolog w 68, i Wilhelm Teevan chirurg w 53 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 46: Ziemińskiego: Oznaczanie niemiarowości za pomocą retinoskijaskopu; Zaleskiego: O wpływie pokarmu na skład i pożywność mleka kobiecego (dok.); Jakowskiego i Matlakowskiego: O twardzieli nosa (c. d.); Matlakowskiego: 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 47: Tetza: *Sclerosis lateralis amyotrophica.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.